UNIVERSITÉ DE PARIS V RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN PORT ROYAL

139

Année 1973

THESE

N°

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Bernard CHICHE

né le 16 Novembre 1942 à Alger (Algérie)

Interne des Hôpitaux de PARIS
Attaché Assistant d'Anatomie à la Faculté de Médecine Lariboisière - Saint-Louis

Présentée et soutenue publiquement le *1973*

L'HEMIGASTRECTOMIE AVEC VAGOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DUODENAL A PROPOS DE 200 CAS

Président : Professeur L. LEGER

UNIVERSITÉ DE PARIS V RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN PORT ROYAL

Année 1973

THESE

N°

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Bernard CHICHE

né le 16 Novembre 1942 à Alger (Algérie)

Interne des Hôpitaux de PARIS
Attaché Assistant d'Anatomie à la Faculté de Médecine Lariboisière - Saint-Louis

Présentée et soutenue publiquement le *1973*

L'HEMIGASTRECTOMIE AVEC VAGOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DUODENAL A PROPOS DE 200 CAS

Président : Professeur L. LEGER

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Je dédie cette thèse :

A ma mère

Elle s'est inlassablement dévouée pour me permettre de poursuivre mes études,

Qu'elle trouve ici le témoignage de mon immense affection et de mon infinie reconnaissance.

A la mémoire de mon oncle

Le Docteur William AMSELLEM

Il m'a guidé dans la vie et m'a permis de devenir Médecin. Il aura été pour moi le modèle de dévouement et d'intégrité. Son souvenir restera gravé dans nos coeurs.

A ma soeur Evelyne, mon frère Jean-Jacques

Que j'unis dans la même affection.

A toute ma famille.

A mes amis.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548017_0007

A Monsieur le Professeur Lucien LEGER

qui nous a fait le grand honneur d'accepter

la présidence de cette thèse,

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression

de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître, Le professeur Jacques LATASTE

Il nous a inspiré cette thèse et bénéficié de son précieux enseignement.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre fidèle reconnaissance.

A Monsieur le Professeur André DELMAS

en témoignage de notre respectueux hommage.

Monsieur le Professeur Agrégé Jean-Pierre LASSAU

en témoignage de notre gratitude et fidèlité.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux :

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur Jacques LE BEAU

Monsieur le Docteur Gilles EDELMANN

Monsieur le Professeur Marcel PERRAULT

Monsieur le Docteur Paul RAMBERT.

ÍNTERNAT :

- Hôpitaux de la circonscription de PARIS

Docteur Jean PAUTRAT

Docteur Alphonse ABAZA

- Hôpitaux de PARIS

Monsieur le Professeur Jean BARCAT

Monsieur le Professeur Robert MERGER

Monsieur le Docteur Robert AUROUSSEAU

Monsieur le Professeur Claude OLIVIER

Monsieur le Professeur Jacques LATASTE

Monsieur le Professeur Lucien LEGER

- Centre Médico-chirurgical FOCH

Docteur Maurice CAMEY

Docteur Alain MOUCHET

en témoignage de notre grand respect et

de notre profonde reconnaissance pour

l'enseignement qu'ils nous ont prodigué.

A nos autres Maîtres dans les hôpitaux :

Professeur Agrégé Y. CHAPUIS

Docteur M. DENIS

Professeur Agrégé G. DI-MARIA

Professeur Agrégé J. L. FONTAINE

Professeur Agrégé M. GUIVARC'H

Docteur V. LOFFREDO

Docteur A. LEDUC

Docteur J. MARQUAND

Professeur J.C. PATEL

Professeur Agrégé M. PREMONT

Docteur A. PROCHIANTZ

Docteur R. RETTORI

Professeur Agrégé J. REYNIER

Professeur Agrégé J. SANTARELLI

En hommage de notre profonde reconnaissance pour leur enseignement.

A nos conférenciers d'externat et internat

J. BARBIER

M. DORRA

avec notre amical souvenir.

A mes collègues :

- du comité de l'Internat
- du département d'Anatomie de la Faculté de Médecine LARIBOISIERE-SAINT-LOUIS
- des hôpitaux de PARIS.

La conception générale du traitement des ulcères gastro-duodénaux s'est considérablement modifiée au cours des vingt dernières années parallèlement à une meilleure connaissance de la physiologie gastro-duodénale, à un regroupement des éléments anatomiques et pathogéniques de la maladie ulcéreuse et aussi grâce à l'étude des conséquences fonctionnelles, mécaniques et biologiques des interventions chirurgicales pratiquées jusque là.

Les indications chirurgicales elles-mêmes sont plus réduites que par le passé en raison d'une meilleure pratique du traitement médical.

Les connaissances physiopathologiques actuelles indiquent que dans une proportion notable les ulcères duodénaux s'accompagnent non seulement d'une hyperactivité vagale mais aussi d'une hypergastrinie qui pourrait être à l'origine d'une récidive ulcéreuse en l'absence d'éxérèse de l'antre producteur de gastrine.

Nous avons pensé que parmi les opérations antiacides, l'opération "combinée" hémigastrectomie-vagotomie est, au moins en théorie, la plus radicale car elle supprime la phase céphalique de la sécrétion gastrique en interrompant la voie de conduction, et la phase hormonale en supprimant la source antrale.

Nous avons appliqué cette intervention à 160 ulcères duodénaux et 40 ulcères peptiques.

HISTORIQUE

Le traitement chirurgical de l'ulcère s'est initialement adressé aux conséquences mécaniques de la maladie et notamment à la sténose. C'est dire que la chirurgie a été essentiellement au début un acte d'éxérèse ou de dérivation.

C'est un chirurgien allemand, CHRISTIAN FREDERICH MICHAELIS qui, le premier, a tenté de pratiquer l'ablation du pylore chez le chien dès 1808. Ce fut un échec. L'année suivante, son élève, MERREM, reprend ses expériences, convaincu de la possibilité d'effectuer avec succès la pylorectomie comme il le fait savoir dans sa publication en 1810.
Il n'osera pas cependant passer à l'application humaine. Il faudra d'ailleurs attendre 1836 avec DIEFFENBACH pour voir pratiquer une résection intestinale selon une technique déjà décrite par LEMBERT en 1826. Dix années plus tard, en 1846, SEDILLOT décrit sa gastrostomie.

S'inspirant explicitement des travaux de MERREM, KARL GRUSSENBAUER et Alexander VON WINIWARTER, élèves de BILLROTH effectuent une pylorectomie sur le chien en 1874. Malgré leur succès inconstant, l'intérêt que les chirurgiens portent à ces expériences va grandissant. PEAN, le 9 avril 1879, tente la première pylorectomie mondiale chez l'homme. Celui-ci est un cancéreux. Il meurt après cinq jours de survie. Le pas décisif est désormais franchi et en quelques années la chirurgie va connaître un essor tout particulier.

En 1880 RYDYGIER effectue "l'opération de Péan" sur un cancéreux, opération qu'il modifie légèrement. En 1881 BILLROTH utilise la même technique. Le malade survit quatre mois avant d'être emporté par des métastases hépatiques. La technique reçoit le nom de BILLROTH I qui n'est rien d'autre qu"un Péan" remanié.

En novembre 1881, RYDYGIER pratique la première résection pylorique avec gastroduodénostomie pour ulcère. Le succès est complet. Le malade sera revu 25 années plus tard en parfait état.

Désormais dans toute l'Europe, en Amérique, les interventions sur l'estomac se multiplient. Leur but cependant vise essentiellement à rétablir un circuit digestif compromis par la sténose ulcéreuse et par conséquent peut être considéré comme palliatif. En outre ces interventions sont considérées comme des interventions de sauvetage et sont réservées aux cas graves. Les sutures se compliquent fréquemment de lachage, cause d'une mortalité post-opératoire élevée.

En septembre 1881 WOELFLER introduit pour la première fois la gastrojéjunostomie qu'il pratique sur un cancéreux. En 1884 RYDYGIER utilise la même méthode sur 3 ulcéreux : il obtient 3 succès. En 1885, VON HACKER améliore la technique : la gastrojéjunostomie devient rétrocolique, isopéristaltique, rétrogastrique.

Mais l'enthousiasme initial pour la gastroentérostomie fait rapidement place à un scepticisme de plus en plus marqué ; en effet les inconvénients de la méthode apparaissent : le circulosus viciosus, tout d'abord, que tentent d'éviter la jéjunoduodénostomie associée à la gastroentérostomie (JABOULAY - 1892) ou encore le montage en Y de ROUX en 1893 ; l'absence d'exclusion duodénale ensuite ; l'apparition d'ulcère peptique dont le premier cas est publié par BRAUN en 1899 ; la mortalité encore lourde enfin : ROUX, en 1893, l'estime à 50 % ; WILHEM dans sa thèse à NANCY en 1893 accuse 53 % de mortalité.

Ces mauvais résultats incitent à rechercher d'autres solutions qui seraient moins traumatisantes.

Déjà en 1883, CZERNY se contente d'exciser l'ulcère. En 1886 HEINEKE effectue la première pyloroplastie. En 1888 MIKULICZ reprend cette technique sans en être pleinement satisfait. D'ailleurs en 1893 DOYEN, après 2 échecs, l'abandonne.

En 1892 JABOULAY propose sa gastroduodénostomie que FINNEY en 1902 transforme en pyloroduodénoplastie largement en vogue outre-atlantique.

Ainsi jusqu'à la fin du XIXe siècle, alors même que le rôle des pneumogastriques avait été souligné dès le début du siècle, les interventions chirurgicales avaient essentiellement pour objectif d'assurer la vidange gastrique, d'éviter la stase considérée comme responsable de l'ulcère.

Le XXe siècle va voir éclore une nouvelle race de chirurgiens. Devant l'apparition d'une pathologie nouvelle, de séquelles de la chirurgie gastrique, on s'efforce de mieux comprendre la maladie ulcéreuse. L'expérimentation animale se fait de plus en plus large. On redécouvre les travaux de physiologistes du siècle précédent. On entrevoit la possibilité d'un traitement à visée pathogénique de l'ulcère.

L'anatomie devient plus fine. LATARGET en 1920 apporte sur la description des vagues le détail qui ne sera pas dépassé. Et si des compléments sont apportés ultérieurement par JACKSON (1946) BURGE (1964) PELISSIER (1968) ils le seront au titre de techniques opératoires de la vagotomie.

La radiologie devient plus précise, plus rigoureuse. Déjà en 1904 RIEDER effectue le premier examen radiologique viscéral chez l'homme. En 1910 HAUDEK emploie le premier, le terme de niche pour désigner l'image de l'ulcère et donne les éléments du diagnostic différentiel entre cancer et ulcère.

La clinique, elle-même s'enrichit ; notamment des progrès d'étude du chimisme gastrique. (GUTMAN 1929 - IVY 1950). Dès lors que l'hypersécrétion acide est tenue pour responsable de l'ulcère, la guérison exige une meilleure connaissance des mécanismes de cette sécrétion. C'est, comme le dit LERICHE, le triomphe des interventions pour réduction d'acidité.

Les années 1925 - 1930 constituent la période triomphale de la gastrectomie.

DUVAL et GATELIER publient 100 % de résultats parfaits.

DELORE montre l'excellent résultat de ses opérés.

FINSTERER annonce 94 % d'excellents résultats ; PAUCHET 95 % de guérisons définitives.

C'est l'époque où on assite un peu partout à une véritable floraison de nouvelles techniques de gastrectomie. L'anastomose gastroduodénale est préconisée en terminolatérale par FINNEY et VON HABERER (1923) par LERICHE (1927) WINKERBAUER (1930). Des anastomoses terminoterminales sont décrites par GOEPEL (1925) BABCOCK (1926) HORSLEY (1926) VON HABERER (1933).

SCHMIEDEN et PAUCHET (1925) résèquent obliquement toute la petite courbure et font une anastomose suspendue gastro-jéjunale terminolatérale rétrocolique.

C'est aussi l'époque où la gastrectomie pour exclusion connaît une grande vogue. FINSTERER qui laissait l'antre intact en le fermant en bourse (en 1925) est amené à la suite de HARKINS, à pratiquer l'excision de la muqueuse antrale avant de fermer le moignon (1940).

La gastrectomie semble avoir gagné la partie. Avec les progrès de la technique, des soins pré, per et post-opératoires elle devient une intervention mieux supportée. Les indications s'étendent de plus en plus.

Cependant au milieu de cet optimisme, derrière des résultats flatteurs, des inquiétudes se font sentir. GUTMAN analyse les séquelles d'une chirurgie gastrique trop facilement pratiquée. "Je suis persuadé, dit-il, que pour l'ulcère duodénal en particulier, il est absurde d'enlever l'estomac".

Antonin GOSSET en 1933 propose une duodénosphinctérectomie plus efficace que la gastroentérostomie, moins mutilante que la gastrectomie. Il manifeste aussi son désir "de fixer aussi prudemment que possible, le type des opérations les plus bénignes, de celles qui, tout en donnant une grande sécurité opératoire, sont capables dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux, de donner les meilleurs résultats éloignés".

Les premiers essais de la vagotomie se situent à la fin de la période 1900- 1920. Elle fut effectuée pour la première fois par JABOULAY en 1901. En 1912 EXNER et SCHWARZMAN la préconisent pour lutter contre les crises gastriques du tabès.

DUCCESCHI et SHAPIRO sont les premiers à constater la diminution de la sécrétion acide de l'estomac consécutive à l'action des vagues. En 1917 ils proposent cette intervention pour le traitement de la maladie ulcéreuse.

BIRCHER semble être le seul chirurgien de l'époque à suivre à long terme ses vagotomies. Il publie en 1931 les résultats de cette surveillance après 10 ans. KLEIN en 1929 associe une vagotomie gauche à une antrectomie, précurseur de l'opération de SMITHWICK et FARMER (1952). L'Italien PIERI publie en 1932 le résultat de 14 cas de vagotomie tronculaire. Mais il ne rencontre pas le succès trouvé dix ans plus tard par DRAGSTEDT.

Dès 1917 DRAGSTEDT essaie d'élucider le rôle et les facteurs de la sécrétion gastrique dans la naissance de l'ulcère. Grâce à l'expérimentation animale il démontre que c'est bien l'acidité, et non la concentration peptique qui fait apparaître l'ulcère. En outre, en comparant les effets du suc gastrique issu des poches de PAVLOV, innervées et de HEIDENHAIN, énervées, il précise le rôle prépondérant des vagues dans la sécrétion gastrique acide. Il reprend les expériences de CARLSON et LUCKHARDT pour qui la sécrétion est permanente hors de toute prise d'aliments, et confirme le rôle à peu près exclusif du pneumogastrique dans cette sécrétion.

Sous l'influence de BLOOMFIELD qui avait souligné l'augmentation très nette du volume et du débit acide dans la sécrétion nocturne totale des ulcéreux duodénaux, il acquiert la certitude du rôle prépondérant des pneumogastriques dans l'hyperchlorhydrie responsable de l'apparition de l'ulcère. Le 18 janvier 1943, il pratique chez l'homme une vagotomie par voie thoracique qu'il propose dès lors dans le traitement de l'ulcère duodénal. Cependant, dès 1949, il publie un cas de récidive après vagotomie complète. Il pense qu'il avait supprimé la sécrétion vagale et diminué la sécrétion de type histaminique.

Il reprend l'étude de la physiologie de l'antre par des expériences devenues célèbres de transplantation gastrique à la peau et sur le colon (1950). Il montre à quel point la stase antrale d'un chyme dont l'acidité est diminuée par la vagotomie peut provoquer une sécrétion hormonale qui atteint dans 1/4 des cas les chiffres de l'hypersécrétion vagale antérieure à l'intervention. C'est alors un peu la renaissance des opérations de drainage tombées en désuétude depuis la gastrectomie.
C'est aussi l'abandon définitif du traitement de l'ulcère duodénal par voie thoracique exclusive. El n'en reste pas moins que la vagotomie suscite un intérêt mondial. elle sera largement pratiquée vers les années 1948-1949 en Amérique par STEIN, COLLINS, CLAGETT, en Europe par LAVARDE et WERTHEIMER, DELANNOY, en Angleterre par ORR, POLLOCK.

Pourtant avec le recul, on prend conscience des inconvénients de la méthode. Elle n'est pas toujours facile. Le test à l'insuline, mis au point par HOLLENDER en 1946, montre que dans près de 30 % des cas la vagotomie n'a pu être complète. Or DRAGSTEDT dès 1948, affirme que l'hyperacidité ne peut être réduite s'il subsiste un rameau même petit du pneumo-gastrique.

En outre, la vagotomie entraîne un certain nombre de troubles post-opératoires : diarrhée, ballonnements, malaise,

dysphagie parfois. L'enthousiasme de l'après -guerre disparaît en Europe qui revient à la gastrectomie. Celle-ci devient plus précise. On insiste en effet sur la nécessité d'une résection qui emporte le pylore et même quelques centimètres du duodénum pour éviter une stimulation par un fragment de muqueuse antrale ou par le duodénum que l'on rend responsable d'une action excito-sécrétrice (DE VERNEJOUL 1967). En cas de gastrectomie pour exclusion on s'applique à disséquer aussi loin que possible la muqueuse du moignon pyloroduodénal laissé en place. La gastrectomie vise tantôt à supprimer l'incitation hormonale par la résection de l'antre qu'on trouve difficile à délimiter en raison de ses variations. Ailleurs la gastrectomie est destinée à enlever une partie de la masse sécrétante : ce sont les résections tubulaires de la grande courbure ou fundus ectomie de CONNELL (1929). Cependant la meilleure réduction de l'acidité sera obtenue par la gastrectomie des 2/3 ou des 3/4.

La liste des séquelles de la gastrectomie va désormais s'allonger. Les conséquences nutritionnelles, leur influence sur l'état général, sur la réinsertion sociale des opérés sont lourdes En 1959 au Congrès International de thérapeutique à STRASBOURG, VERNE parle de la "grande pitié des gastrectomisés".

On énumère les suites difficiles observées par les médecins (et non par les chirurgiens). On prend conscience du caractère paradoxal de la gastrectomie qui supprime la fonction-réservoir de l'estomac, et qui exclut le plus souvent le bloc duodénopancréatique.

On se retourne vers l'opération de Péan, autrefois très critiquée. On pense à rétablir le circuit duodénal par interposition d'une anse grêle (HENLEY) ou d'un segment colique (MORONEY). Le rétablissement du circuit duodénal est encore le but de l'intervention de SOUPAULT et BUCAILLE par transposition de l'anse efférente au duodénum.

Le choix du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal devient comme le dit MIALARET "plus hésitant qu'il ne le fut jamais". La gastrectomie ne peut assurer une anacidité suffisante qu'au prix d'une mutilation importante terminée par une anastomose gastrojéjunale qui met hors-circuit le duodénum, carrefour digestif majeur. Inversement l'anacidité gastrique produite par la vagotomie n'est ni constante, ni totale, en raison des variations de l'anatomie des pneumogastriques, de la persistance de la sécrétion d'origine antrale. JOHNSON et ORR, HAND et PATEY, STOCK et HUI, MIALARET et EDELMAN en France proposent alors d'associer les avantages d'une éxérèse gastrique à ceux de la vagotomie. Comme le dit COMTE, cette association constitue "un effort vers la perfection et non la reconnaissance d'une faíllite".

Nous avons pratiqué dans cette étude 200 hémigastrectomies avec vagotomie. Pour bénéficier des avantages de la gastrectomie en supprimant la majeure partie de ses inconvénients il était nécessaire de réduire l'étendue de celle-ci d'une part et de rétablir le circuit digestif normal par une anastomose gastroduodénale d'autre part. Mais l'étendue de cette éxérèse étant devenue insuffisante pour assurer à elle seule l'anacidité, il était dès lors nécessaire de la compléter par une vagotomie.

Nous avons appliqué l'hémigastrectomie associée à la vagotomie à 160 ulcères duodénaux et 40 ulcères peptiques.

Fixer la place de l'hémigastrectomie-vagotomie dans le traitement de l'ulcère duodénal revient à apprécier l'importance respective du facteur vagal et du facteur hormonal dans la génèse de l'hypersécrétion chlorhydropeptique responsable de la maladie.

B A S E S P H Y S I O - P A T H O L O G I Q U E S

Les raisons de notre choix sont de deux ordres

1/ La connaissance plus exacte de la physiologie gastrique et de sa dualité sécrétoire.

2/ La fréquence des séquelles de la gastrectomie.

I - PHYSIOLOGIE GASTRIQUE

A/ La dualité sécrétoire de l'estomac

Depuis la 2ème moitié du XIXe siècle, les physiologistes se sont doublés d'histologistes pour donner une base anatomique à la distinction antre et fundus (RICHET, EBSTEIN, HEIDENHAIN). Il est alors déjà établi que les glandes fundiques sécrètent l'acide chlorhydrique tandis que la muqueuse antrale produit des substances mucoïdes et du mucus ; on sait également que cet acide est partiellement neutralisé par une sécrétion alcaline, et que l'estomac sécrète également des enzymes.

Les travaux de BOLDYREFF (1915), IVY (1925), HOLLANDER (1936), LAMBLING (1953) concluent à l'existence d'une sécrétion chlorhydrique de concentration constante, chiffrée par LAMBLING et BERNIER à 143 mEq/l. C'est le degré de concentration de cette sécrétion qui est susceptible de varier et non pas le volume secrété. Ce sont les cellules bordantes des glandes fundiques qui sont responsables de cette sécrétion. Le suc acide ne se trouve pas à l'état pur dans l'estomac. Il est tamponné par des solutions alcalines : salive, reflux de bile et de suc pancréatique, mucus et protéïnes diverses, tramssudat de liquide interstitiel.

HOLLANDER, LAMBLING, HUNT démontrent que c'est la variation des proportions dans lesquelles ces substances alcalines se mélangent à l'acide chlorhydrique qui fait varier l'acidité libre du suc gastrique et non pas une variation du titre de

sécrétion de Cl H. Les éléments protéïques de la sécrétion gastrique ont été l'objet d'une analyse très pure grâce à la chromatographie, l'électrophorèse et immunoélectrophorèse, le marquage isotopique. A côté de l'acide chlorhydrique, les cellules fundiques produisent le mucus dit "visible" car précipitant spontanément en milieu acide, riche en hydrates de carbone, pauvre en protéïnes. En outre une fraction dite de mucoprotéïnes "vagales" rassemble les substances biologiquement actives du suc gastrique : le pepsinogène et les autres enzymes protéolytiques (cathépsine, gastricsine, parachymosine) dont l'individualité n'est cependant pas admise par tous. De la même catégorie font partie une lipase, la présure chez le jeune enfant et peut-être aussi une lipokinase.

Le fundus apparaît ainsi comme une glande EXOCRINE disposée en forme de réservoir. Cette glande exocrine est soumise à 2 catégories de stimulateurs : l'un nerveux, l'autre humoral.

- Le stimulateur nerveux, le parasympathique est sous contrôle de l'encéphale (PAVLOV - JUERGENS). La vagotomie est susceptible de réduire la sécrétion gastrique spontanée de près de 90 %. En outre comme le pneumogastrique joue un rôle facilisateur sur la sécrétion hormonale, la vagotomie pourrait réduire de 75 % la sécrétion dûe à la gastrine. Mais il s'agit là de valeurs moyennes et physiologiques. Selon GILLESPIE l'action du vague est potentialisée par la présence de gastrine et la seule antrectomie pourrait réduire la sécrétion basale de plus de 90 %. Ce fait reste discuté.

- Le stimulateur endocrinien doit sa découverte à EDKINS (1906). Déjà PAVLOV avait explicitement évoqué l'éventualité d'une commande non nerveuse de la sécrétion gastrique. Cependant les travaux d'EDKINS ne rencontrent pas alors l'écho qu'ils méritaient. En 1938, KAMAROV fournit les premiers extraits de

gastrine, purifiée de toute trace d'histamine et démontre sa nature protéïque. Après UVNAS, IVY en 1948 s'affirme convaincu de l'exactitude des travaux d'EDKINS. Les expériences de transplantation antrale sur le colon transverse par DRAGSTEDT (1950) établissent avec certitude le mécanisme de l'hormone excito-sécrétrice d'origine antrale.

L'antre apparaît dès lors comme une glande à sécrétion interne, véritable glande endocrine, distincte par sa fonction de la paroi muqueuse de l'estomac ou du duodénum (DRAGSTEDT). Il est connu depuis longtemps que l'antre obéit à 2 types de stimuli principaux : stimulus physique représenté par le contact du bol alimentaire et surtout la distension qu'il provoque ; stimulus chimique surtout le pH. Il existerait entre le contenu antral et les cellules sécrétant la gastrine un circuit réflexe intramuqueux : le rôle facilisateur du vague sur la libération de gastrine peut évoquer un circuit de type cholinergique (LEMBERT et MARTIN).

La gastrine est un polypeptide (MIGNON et VATIER 1966). Elle agit surtout sur les cellules bordantes du fundus, la sécrétion des cellules principales relevant de la stimulation vagale. Il semble que cette action soit directe et ne fasse pas intervenir de médiateur histaminique.

Outre son rôle "endocrinien" l'antre possède également une fonction exocrine faite de mucus, d'un enzyme qui pourrait être la pepsine et d'un composant alcalin qui serait constitué d'un exsudat de liquide interstitiel. Enfin l'antre gastrique représente un moteur puissant, qui accumule le chyme, le propulse en forçant le pylore.

B/ Les facteurs jéjunaux de la fonction gastrique

Leur importance est encore discutée. Les actions inhibitrices jéjunales sont les mieux établies ; elles sont motrices et sécrétoires (arrêt de l'évacuation du contenu gastrique et inhibition de la sécrétion du suc gastrique déclenchées par l'irruption du chyme dans la lumière duodénale). L'entérogastrone proposée comme médiateur de cette action inhibitrice reste d'existence hypothétique.

En outre le duodénum pourrait libérer une hormone sécrétrice qui serait inhibée par le contact du chyme acide.

C/ Chronologie de la sécrétion gastrique

Elle s'établit en 3 périodes :

a/ Période interdigestive

C'est la sécrétion basale, continue. DRAGSTEDT et ELLIS ont prouvé son existence et sa régulation par les pneumogastriques. Cette sécrétion qui renseigne sur l'intensité du tonus vagal est explorée en clinique par l'aspiration gastrique continue pendant 12 heures.

b/ Période digestive

Elle-même découpée en 3 phases

1) Phase céphalique

Bien mise en évidence par PAVLOV. C'est la sécrétion psychique liée à un réflexe conditionné. Les pneumogastriques constituent la voie efférente de ce réflexe dont le centre est sous cortical.

2) Phase gastrique ou hormonale

Le contact des aliments, la distension de la muqueuse antropylorique libèrent la gastrine qui stimule les cellules fundiques. DELOYERS et LAGROT ont montré que cette zone réflexogène comprend la région pylorique et antrale et surtout

qu'elle remonte très haut sur la petite courbure jusqu'au voisinage du cardia. Cette notion est fondamentale pour la résection gastrique qui devra emporter toute cette zone. Ph. BOUTELIER précise qu'une section intéressant la petite courbure à 10 cm du pylore et la grande courbure à 8 cm est à peu près sûre de franchir d'un à 2 cm la zone de jonction et d'enlever tout l'antre. La phase hormonale de la sécrétion gastrique est explorée dans notre étude par le test à l'histamine. La phase hormonale échappe théoriquement au contrôle des pneumogastriques.

3) Phase intestinale

DELOYERS - GOFFIN ont souligné que le premier duodénum représentait une zone réflexogène identique à la région antropylorique. L'insuffisance de la résection bulbaire serait à l'origine de l'apparition d'ulcère peptique. En 1956 HILLEMAND propose même la résection pure et simple du bulbe dans la cure des ulcères peptiques.

c/ Phase psychoémotive

En dehors de la période digestive, la sécrétion gastrique peut être influencée par des perturbations psychoémotives sous la dépendance des pneumogastriques.

Le tonus vagal est exploré en clinique par le test de HOLLANDER à l'insuline qui stimule les fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac par l'intermédiaire des pneumogastriques.

L'insuline agit par l'hypoglycémie qu'elle provoque.

EN CONCLUSION

L'estomac normal est en permanence en état de "paix armée" (LAMBLING, en équilibre entre des facteurs agressifs (sécrétion chlorhydropeptique) et des facteurs de défense (le mucus). La sécrétion chlorhydropeptique de l'estomac est le fait

de cellules pariétales et principales de la muqueuse gastrique sous le contrôle de mécanismes stimulants et inhibiteurs. Parmi les mécanismes stimulants il faut retenir le rôle essentiel du pneumogastrique et de la gastrine. Le pneumogastrique provoque une élévation de l'acidité gastrique en agissant sur les cellules du fundus.

La gastrine élaborée par les cellules de la région antropylorique est libérée par le contact du bol alimentaire.

Ces 2 modes de stimulation sont étroitement liés d'autant que le vague peut faire également libérer la gastrine.

Pour définir la place de l'hémigastrectomie avec vagotomie, il faut prouver :

- que l'hypergastrinie est possible dans l'ulcère duodénal
- que la vagotomie est insuffisante à elle seule pour réduire cette hypergastrinie
- que l'association hémigastrectomie vagotomie la réduit suffisamment pour éviter la récidive.

II/ PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ULCERE DUODENAL

L'ulcère rond décrit par CRUVEILHIER en 1830 réalise une perte de substance circonscrite, intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse, entaillant les couches sous-jacentes, évoluant de façon chronique en formant un bloc de sclérose et de lésions vasculo-nerveuses.

Cette définition s'avère trop restrictive et l'on parle actuellement de maladie ulcéreuse : maladie évoluant par poussées, alternant avec des phases de guérison apparente et se traduisant par une ulcération.

L'hyperchlorhydrie est le facteur pathogène essentiel. Expérimentalement on peut induire la formation d'ulcères duodénaux chez l'animal en augmentant l'acidité gastrique. Chez le chien MANN et WILLIAMSON ont pu créer un ulcère "de sortie" en dérivant les sécrétions duodénopancréatiques dans la fin du grêle; ces ulcères révèlent le rôle agressif de la sécrétion acide sur une région de muqueuse non protégée par les sécrétions alcalines du pancréas et de la bile. Chez le rat, SHAY provoque des lésions ulcéreuses en liant le pylore ; enfin on a pu déclencher l'apparition d'ulcère par administration locale d'histamine ou d'acide chlorhydrique.

La façon dont se réalise cette hypersécrétion acide reste discutée. La contribution de DRAGSTEDT en ce domaine est très importante : "Il est prouvé, de manière satisfaisante, dit-il, que les malades souffrant d'ulcères duodénaux et peptiques diffèrent des sujets normaux en ce qu'ils sécrètent une quantité excessive de suc gastrique à jeun, dans l'intervalle entre les repas. L'hypersécrétion du suc gastrique qui caractérise les malades atteints d'ulcères duodénaux est principalement d'origine nerveuse..."

Pour tenter d'expliquer les mécanismes de l'hyperchlorhydrie dans les ulcères duodénaux, on évoque cinq hypothèses.

1/ Stimulation vagale excessive

A ce mécanisme est attaché le nom de DRAGSTEDT qui attribue l'hypersécrétion acide à une hypertonie vagale permanente. Celle-ci provoquerait l'augmentation du débit chlorhydrique par stimulation directe des cellules pariétales et des cellules antrales par l'intermédiaire de la gastrine.

Cette hypersécrétion est abolie par la vagotomie bilatérale qui représenterait le traitement électif de la maladie ulcéreuse.

DRAGSTEDT pense que chez le sujet normal la régulation nerveuse commande 45 % de la sécrétion gastrique, la régulation hormonale antropylorique 45 % et l'intestinale 10 %. Chez l'ulcéreux, l'acidité gastrique serait pour 80 % sous le contrôle des pneumogastriques, 15 % sous le contrôle de la région antropylorique, 10 % sous le contrôle de la phase intestinale. La vagotomie semble bien alors le traitement logique de la maladie ulcéreuse ; mais même associée à une intervention de vidange gastrique, le pourcentage de récidive oblige à penser que le facteur vagal n'est pas exclusif.

2/ Sécrétion humorale excessive de gastrine

La gastrine découverte par GREGORY et TRACY est une hormone libérée par la muqueuse antrale. Elle entraîne, en cas de production accrue une hypersécrétion acide post-prandiale. Nous trouvons dans le rapport de BONFILS aux journées françaises de gastroentérologie (1969) les preuves de l'hypergastrinie dans l'ulcère duodénal.

a) Preuve indirecte par la corrélation entre les débits de pepsine et d'acide chlorhydrique dans la sécrétion acide de base.

Tenant compte du fait que la sécrétion de pepsine par le fundus est déclenchée par stimulation vagale tandis que les cellules pariétales acidosécrétantes répondent surtout à la stimulation par la gastrine, le rapport pepsine-acide sera d'autant plus bas que la production de gastrine sera plus importante.

Pour BONFILS plus du 1/4 des ulcères duodénaux (28 %) ont une hypergastrinie chiffrée par un coefficient (K 25)

b) Le dosage biologique du pouvoir sécrétagogue des urines (BADER et BONFILS) reflet de la gastrine circulante, donne un résultat positif chez un ulcéreux duodénal sur quatre.

c) Par extraction chimique de la gastrine de l'antre des sujets gastrectomisés et sa réinjection à l'animal EMAS et FYRO ont prouvé que la muqueuse antrale des ulcéreux duodénaux contient 3 fois plus de gastrine que celle des ulcéreux gastriques.

Ces éléments ne prouvent pas forcément que l'hypergastrinie soit préexistante et responsable de l'ulcère duodénal. Cette hyperacidité antrale peut fort bien être secondaire et pourrait être la conséquence des perturbations fonctionnelles d'évacuation antropylorique causées par l'ulcère duodénal.

3/ Défaillance des facteurs inhibant la sécrétion chlorhydrique

La sécrétion de gastrine est inhibée par la sécrétion acide. Lorsque le bol alimentaire acidifié pénètre dans le duodénum, il se produit une sécrétion de sécrétine qui, en dehors de son action pancréaticobiliaire, inhibe la réponse sécrétoire gastrique en gastrine. L'expérimentation ne semble pas confirmer ce rôle de Feed-Back de la sécrétine sur la sécrétion gastrique acide.

L'entérogastrone sécrètée dans la partie haute du grêle sous l'influence des graisses empêcherait la production de certains ulcères. De même l'urogastrone serait susceptible de diminuer la sécrétion gastrique chez l'homme.

4/ Augmentation de la masse cellulaire sécrétante

Les constatations anatomopathologiques ont révélé que le nombre de cellules pariétales sécrétantes serait 8 à 10 fois plus important chez le sujet ulcéreux que chez le sujet normal. Cette augmentation de la masse sécrétante pourrait être génétiquement transmise ; pour BONFILS elle serait secondaire à une stimulation chronique de l'estomac.

D'autres ont voulu accorder un rôle majeur non pas au nombre de cellules pariétales mais à l'hypersensibilité qu'elles développeraient vis à vis des différents stimuli sécrétoires.

5/ Etat de la paroi gastroduodénale dans la naissance de l'ulcère

DRAGSTEDT et JUDD (1935) considèrent la gastrite, longtemps envisagée comme facteur prédisposant, comme une conséquence de la stase acide liée à l'aggravation du syndrôme ulcéreux. CATTAN et FRUMUSAN (1953) défendent une théorie vasculaire comme un des éléments explicatifs de la déficience pariétale. DRAGSTEDT pense que ce facteur est secondaire.

Par contre on a beaucoup insisté depuis une trentaine d'années sur le rôle protecteur du mucus gastrique dont l'absence ou l'insuffisance met la paroi de l'estomac directement en contact avec le suc chlorhydropeptique. En 1933 LERICHE met en cause un déficit localisé en mucus pour expliquer le caractère circonscrit de la lésion dûe au suc gastrique. HOLLANDER en 1944 distingue, dans le rôle protecteur du mucus 2 éléments : d'une part le mucus film protecteur à la surface de la muqueuse ; d'autre part les cellules caliciformes elles-mêmes couronnées par une gouttelette de mucus qui sera emportée avec la desquamation de la cellule elle-même constituant ainsi un barrage solide contre la corrosion.

La multiplicité des hypothèses pathogéniques rend compte de l'insuffisance de nos connaissances. Si l'hyperchlorhydrie ne peut être discutée dans la génèse de l'ulcère, sa production est loin d'être univoque.

Manifestations génétiques et pathologiques associées à l'ulcère duodénal

- L'hérédité ulcéreuse : souligné depuis longtemps, le pourcentage d'antécédents familiaux est variable avec les séries (6 à 40 %)

L'importance des groupes sanguins a été signalée depuis 1954 par AIRB qui constate une plus grande fréquence de l'ulcère duodénal chez les sujets porteurs du groupe O.

- Ulcères et affections hépatiques

Les ulcères duodénaux sont fréquemment associés aux cirrhoses hépatiques (9 % des cas pour CAROLI). Certains ont pensé qu'il pourrait s'agir d'ulcères liés à une hyperacidité gastrique créée par des shunts porto-caves spontanés ou provoqués. D'autres facteurs pourraient jouer un rôle : absence de détoxication hépatique de substances stimulantes de la sécrétion acide ; facteur vasculaire etc..

- Ulcères et maladies du pancréas

Les ulcères duodénaux sont fréquents au cours des pancréatites chroniques.

La découverte du syndrôme de ZOLLINGER ELLISON remet en cause les relations entre pancréas et ulcère duodénal. Ces tumeurs pancréatiques sécrètent une substance "gastrine-like" qui entraîne une hyperchlorhydrie et des ulcères de siège souvent atypique. Cette substance est mise en évidence par des moyens biologiques (pouvoir sécrétagogue des urines) ou radioimmunologiques (dosage direct de la gastrinémie).

- Ulcères et hyperparathyroïdie

L'association hyperparathyroïdie et ulcère se voit dans 5 à 10 % des cas. Chez l'homme des perfusions de calcium font augmenter le taux de gastrine sérique. Les ulcères se voient surtout dans les hyperparathyroïdie à calcémie élevée.

- Ulcères et affections respiratoires

Les données cliniques et anatomopathologiques font penser que l'ulcère est 3 fois plus fréquent chez l'emphysémateux que chez le sujet normal ; il semble que l'hypercapnie augmente la sécrétion acide de l'estomac.

- Enfin on ne peut passer sous silence la fréquence de l'ulcère duodénal associé à des troubles psychiques.

Des arguments expérimentaux ont déjà mis l'accent sur l'existence d'un facteur "central" dans la génèse de l'ulcère: ulcère de contrainte chez le rat (LAMBLING et BONFILS), ulcère par irritation de l'hypothalamus par le cincophène (K. ISCHIKARA). M'UZAN, BONFILS et LAMBLING se sont attachés à dégager un profil psychologique et psychoanalytique de l'ulcéreux. En réalité, compte tenu de l'état actuel de nos connaissances physiologiques et psychologiques, l'ulcère duodénal et les troubles psychiques qui sont fréquemment associés doivent être considérés comme deux affections de diagnostic et de traitement différents mais complémentaires.

Au terme de ces considérations pathogéniques nous nous apercevons que, comme toutes les interventions qui sont destinées à guérir la maladie ulcéreuse, l'hémigastrectomie avec vagotomie s'attaque seulement à l'hypersécrétion chlorhydropeptique qui est le facteur étiologique le plus important mais non exclusif.

III/ LES SEQUELLES DE LA CHIRURGIE GASTRIQUE

Volontiers abandonnés aux confrères médecins, les troubles résiduels de la chirurgie gastrique ont longtemps été considérés comme la rançon inéluctable à payer pourla suppression de la maladie causale. Ce fatalisme chirurgical est en voie de disparition dans la mesure où les opérateurs ont pris conscience d'avoir plus de prise sur le devenir fonctionnel de leur malade au prix

d'interventions adaptées voire correctrices d'effets secondaires.

Nous envisagerons l'étude des séquelles sous 4 volets essentiels, le dumping syndrôme, les troubles nutritionnels (diarrhée et poids), la récidive ulcéreuse.

A/ Le dumping syndrôme

Le terme de dumping précoce définit une sensation de plénitude épigastrique associée à une impression d'asthénie, de sueurs, ou des palpitations survenant aussitôt après le repas. Le dumping tardif se caractérise par une asthénie et un malaise qui surviénnent plus d'une heure après les repas, liés le plus souvent à un trouble hypoglycémique.

Le dumping syndrôme se rencontre dans toutes les interventions qui modifient les conditions de l'évacuation gastrique :

- gastroentéroanastomose
- gastrectomie de tout type
- vagotomie et drainage

Aucune technique ne met à coup sûr à l'abri d'une telle séquelle : il existe cependant une différence indiscutable en fonction de la technique employée. Prédisposent essentiellement au dumping :

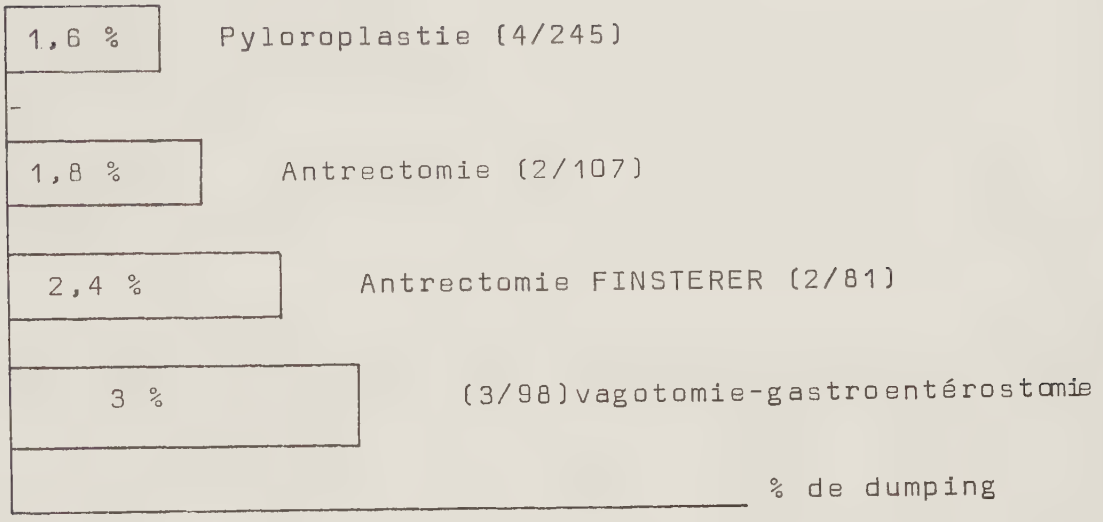
- l'importance de la réduction du volume gastrique
- la longueur de la bouche d'anastomose
- l'exclusion du circuit duodénal

GRASSI en 1969 sur 531 opérés constate que le dumping syndrôme survient dans 3 % des cas après vagotomie et gastro-entérostomie

2,4 % après antrectomie FINSTERER
1,8 % après antrectomie PEAN
1,6 % après vagotomie, pyloroplastie.

donc un pourcentage voisin après vagotomie pyloroplastie et antrectomie vagotomie.

Drainage



HUGHIER reprend en 1972 les résultats de GOLIGHER (1968)

	Vagotomie Gastroentérostomie % de 119 cas	Vagotomie Antrectomie % de 116 cas	Gastrectomie subtotale % de 107 cas
Dumping précoce	18	9	21
Dumping tardif	6	4	1

Il constate que le dumping est beaucoup moins fréquent après vagotomie-antrectomie (13 % au lieu de 24 % pour la vagotomie gastroentérostomie et 22 % pour la gastrectomie des 2/3)

Deux éléments sont en cause de façon certaine dans la survenue du dumping. Tout d'abord le facteur mécanique d'évacuation gastrique : que le jeu pylorique soit lésé, que le passage des aliments de l'estomac vers le grêle ne soit plus fractionné mais massif et rapide, le dumping devient possible.

Le deuxième élément est que ce sont les glucides qui constituent l'agent alimentaire agressif essentiel.

Le dumping est expliqué par une succession de réactions réflexes sous la dépendance des noyaux du plancher du IVe ventricule.

Il pourrait être prévenu dans la détection de sujets prédisposés (test à l'apomorphine proposé par RIGAULT), dans le choix de la modalité opératoire qui y expose le moins, compte tenu du fait que c'est l'altération du fonctionnement du réservoir gastrique (par l'absence de la dilution du bol alimentaire dans les sucs gastriques et biliopancréatiques, et par la massivité de l'inondation du grêle) qui favorise le dumping.

B/ Les troubles nutritionnels

1/ La diarrhée

C'est l'émission de selles liquides au moins 2 à 3 fois par 24 heures. Les diarrhées se caractérisent par une envie impérieuse que le malade n'a pas toujours le temps de contrôler et par leur survenue épisodique pendant quelques heures ou quelques jours. La définition de diarrhée sévère varie d'un auteur à l'autre : la diarrhée sévère est une diarrhée invalidante par la fréquence des émissions ou par le caractère rapproché des épisodes diarrhéïques et de façon générale les diarrhées que les patients contrôlent mal.

Pour PERROTIN la diarrhée est une grave séquelle de la vagotomie dans certains cas. La fréquence varie de 7 à 20 % des cas. BURGE rapporte une série de 200 vagotomies avec 20 % de diarrhées, sévère dans 9 cas soit 4,5 %.

D'après OCHSNER (1970) la diarrhée surviendrait dans 6,5 % des cas après gastrectomie sans vagotomie et 44 % après vagotomie isolée.

Diarrhée	Gastrectomie sans vagotomie %	Vagotomie %
MILD	3,4	14
MODERATE	3,4	27
Sévère	0,4	2
Total	6,5 %	44 %

Pour GOLIGHER la diarrhée se rencontrerait dans 26 % des cas après vagotomie et gastroentérostomie, 23 % après vagotomie antrectomie.

Diarrhée	Vagotomie + Gastroentérostomie	Vatotomie Antrectomie	Gastrectomie
Moyenne	21	20	6
Sévère	5	3	1
Total	26	23	7

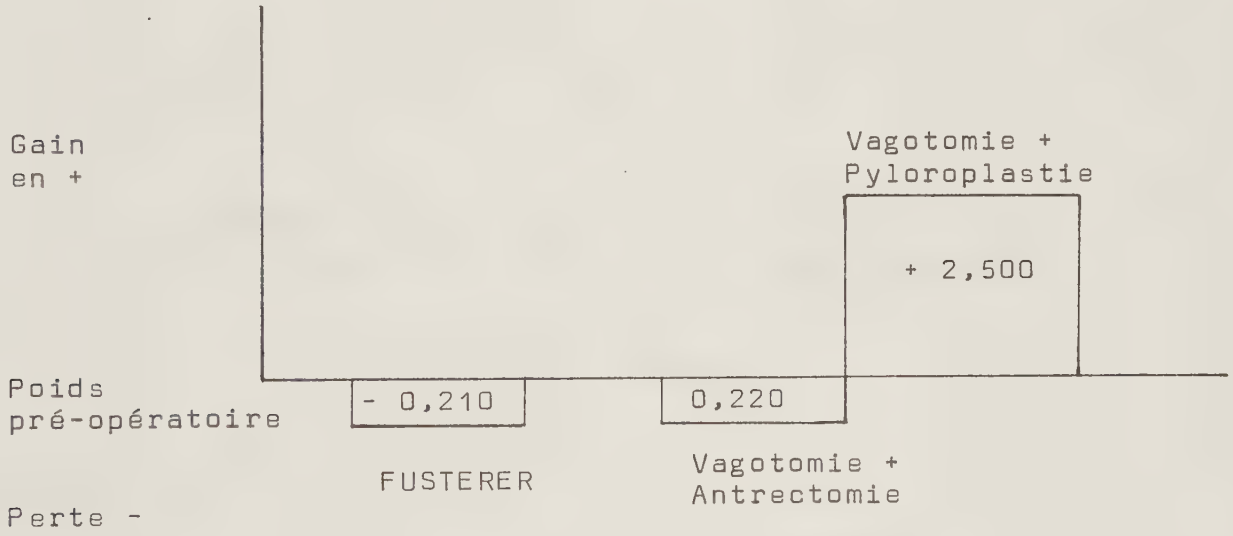
La diarrhée rebelle entraîne une perte de liquide cellulaire, une perte de poids, une soif intense qui entraîne la constitution d'un cercle vicieux, l'absorption de grandes quantités de liquides augmentant l'accélération du transit.

Cette diarrhée est le plus souvent sensible au traitement diététique mais dans 2 % des cas, il faut envisager une nouvelle intervention chirurgicale.

2/ La perte de poids

Le retentissement pondéral de la chirurgie gastrique est difficile à apprécier. En effet le plus souvent le déficit est comparé au poids idéal théorique d'un individu sain de même taille, sans tenir compte de la maladie ulcéreuse. Le poids constitue cependant aussi bien pour le malade que pour le médecin, un élément commode d'appréciation de la qualité de la guérison.

HENRION en 1969 dans une étude comparative de la récupération pondérale après gastrectomie des 2/3, vagotomie antrectomie et vagotomie pyloroplastie constate la supériorité très nette de la vagotomie pyloroplastie.



Pour GOLIGHER le poids des malades après l'intervention est plus bas que le poids théorique dès qu'une résection gastrique a été faite, quelle que soit son étendue.

	N° des cas	Poids théorique en Kg	Poids observé en Kg
Vagotomie + Gastroentérostomie	112	69,5	67,5
Vagotomie + Antrectomie	109	70,5	65,5
Gastrectomie	100	70,2	68,8

Cependant l'association vagotomie pyloroplastie n'empêche pas à coup sûr l'amaigrissement : dans la série de HENRION 20 % des pylorotomisés ont perdu du poids.

Le caractère sélectif de la vagotomie qui pourrait éviter la diarrhée en ménageant l'inervation biliopancréatique n'est pas non plus une certitude de reprise de poids.

TOMPKIN révèle une perte de poids post-opératoire chez 23 % de ses malades qui ont subi une vagotomie sélective.

C/ La récidive ulcéreuse

Pour PERROTIN c'est la séquelle la plus importante de la vagotomie. Entre le chiffre de DRAGSTEDT 5,5 % et celui de STEMAER 38 %, les chiffres varient : HERRINGTON, BRYANT 18 % WEISS et ADLOF 4 à 8 %

Ulcères récidivants

Vagotomie associée à une gastroentérostomie

Auteurs	Nombre des cas	Nombre de récidive	Pourcentage
EVANS	466	4	8,1
FRY	301	9	3,8
GRASSI	98	7	9,1
RIGLER	757	82	10,1
WEISS	86	38	8,2
TOTAL	1708	140	8,2

Vagotomie et pyloroplastie

Ulcères récidivants. (d'après WEISS et ADLOFF 1969)

Auteurs	Nombre des cas	Nombre d'ulcères récidivants	Pourcentage
FRY	140	4	3,1
GRASSI	245	9	3,6
HERRINGTON	100	7	7
WEINBERG	486	22	4,5
WEISS	76	3	3,9
TOTAL	1047	45	4,3

WEISS et ADLOFF comparent en 1969 la récidive ulcéreuse après vagotomie gastroentérostomie, vagotomie pyloroplastie, vagotomie antrectomie. Ils parviennent à un pourcentage de

8,2 % pour la vagotomie gastroentérostomie
4,3 % pourla vagotomie pyloroplastie
0,6 % pour la vagotomie antrectomie

Ulcères récidivants

Vagotomie associée à une antrectomie
(d'après WEISS et ADLOFF 1969)

Auteurs	Nombre de cas	Nombre de récidive	Pourcentage
GRASSI	188	1	0,5
HERRINGTON	800	4	0,5
PALUMBO	157	0	0
SCOTT	1600	13	0,8
WEISS	44	0	0,6
TOTAL	2789	18	0,6

Si nous envisageons maintenant les statistiques mondiales les plus importantes et les plus récentes.

		Récidives	Nombre de cas	Recul
BURGE	1970	0,7	700	1 à 13 ans
DORTON	1972	2	800	15 ans
MAC DONALD	1970	2,2	500	2 à 8 ans
JORDAN	1970	2,7	108	1 à 5 ans
EISENBERG	1969	3	443	2 à 10 ans
GOLIGHER	1970	6,7	164	5 à 8 ans
BERGER	1972	10 %	79	5 ans

Récidives après vagotomie-pyloroplastie pour ulcère duodénal.

Il existe ainsi un pourcentage non négligeable de récidive après vagotomie associée à un drainage de 5 à 8 %.

Les récidives ulcéreuses ne s'expliquent pas toutes par une section nerveuse incomplète ou par un défaut de drainage antrale.

Tout se passe comme si la vagotomie était insuffisante à combattre efficacement une hypergastrinie; bien qu'on puisse invoquer une origine extragastrique de gastrine, l'absence de récidive après hémigastrectomie-vagotomie semble prouver l'origine antrale de l'hypergastrinie présumée.

Nous nous sommes donc proposés d'associer à la vagotomie une gastrectomie limitée ou hémigastrectomie qui supprime toute la zone réflexogène.

La conservation d'un réservoir gastrique suffisant est susceptible de prévenir l'apparition de troubles post-gastrectomie. L'association à une vagotomie vise à limiter le risque de récidive.

I - NOTRE EXPERIENCE

Nous présentons une série de 200 hémigastrectomies avec vagotomie pratiquées dans le service du Professeur LATASTE. Cette technique a été appliquée à l'ulcère duodénal dans 160 cas, à l'ulcère peptique dans 40 cas.

Nous étudierons successivement :

A/ Un bref rappel de technique opératoire
B/ Le protocole pré et post-opératoire
C/ Le matériel et les moyens d'étude
D/ Les résultats

A/ La technique

Dans toutes nos observations il a été pratiqué une vagotomie par voie abdominale suivie dans le même temps opératoire de l'hémigastrectomie. Le rétablissement de la continuité a été obtenu dans tous les cas par une anastomose gastroduodénale type Péan.

1) La vagotomie

Elle a été pratiquée dans la très grande majorité des cas par voie abdominale. Il s'agit d'une vagotomie tronculaire bilatérale. Après isolement de l'oesophage abdominal sur un lac, découverte et section des pneumogastriques dont les bouts sont en général liés.

Dans tous les cas l'angle de HISS a été reconstitué par des points unissant la grosse tubérosité et le bord gauche de l'oesophage et par la suspension de la grosse tubérosité gastrique au péritoine diaphragmatique.

La vagotomie par voie thoracique a été utilisée en cas de reprise opératoire. Elle a été pratiquée dans 5 de nos observations : quatre d'entre elles sont liées à un ulcère peptique.

Dans les 4 premières observations, la vagotomie thoracique a été appliquée à des dégastrogastrectomies : pour ulcère peptique.

Obs. 187 - Mr. PON.. 49 ans. Gastroentérostomie pour ulcère duodénal. Ulcère peptique perforé. Suture immédiate puis vagotomie thoracique, 1 mois après. Puis dégastrogastrectomie Péan le mois suivant.

Obs. 190 - Mr. UR... 28 ans. Gastroentérostomie et vagotomie pour ulcère duodénal en 1960. Ulcère peptique hémorragique en 1965. Dégastrogastrectomie Péan. Hyperacidité aux tubages. Vagotomie thoracique un an après. Bons résultats.

Obs. 177 - Mr. TAC.. Gastroentérostomie et vagotomie abdominale en 1952. Ulcère peptique. 10 ans après dégastrogastrectomie Péan. Vagotomie thoracique 3 semaines après. Bons résultats.

Obs. 10 - Mr. BAC.. 41 ans; Gastroentérostomie (1962) avec vagotomie. Dégastrogastrectomie pour ulcère peptique (1963) Hyperacidité aux tubages. Vagotomie par voie thoracique un mois plus tard. Très bons résultats.

Dans la cinquième observation l'hémigastrectomie avec vagotomie a été réalisée pour ulcère duodénal. Les épreuves d'acidité post-opératoire ont révélé une hyperacidité encore franche qui a été réduite par la vagotomie thoracique complémentaire.

Obs. 118 - Mr. LAB.. 39 ans. Hémigastrectomie Péan + X en 1968. Hyperacidité aux tubages. Vagotomie thoracique 3 semaines après la 1ère intervention. Très bons résultats.

2) La gastrectomie

a) L'éxérèse gastrique doit emporter toute la zone réflexogène de l'estomac. Elle doit par conséquent remonter très haut sur la petite courbure (3 cm en-dessous du cardia environ). La section de l'estomac "est faite suivant la ligne allant de la petite courbure à 2 travers de doigt au-dessous du cardia à un point situé sur la grande courbure à la limite entre les 2 épiploons gastrospléniques et gastrocolique. Nous traçons cette section selon une ligne brisée, un segment oblique dans ses

2/3 droits, un transversal sur 1/3 gauche, cette dernière partie étant destinée à l'anastomose". (J. LATASTE).

La libération de la grande courbure doit donc être menée haut d'emblée jusqu'à l'épiploon gastrosplénique nettement au-dessus de la section gastrique ; cette libération étendue qui ne compromet en rien la vascularisation du moignon gastrique permet une meilleure extériorisation de la partie haute de l'estomac et une plus grande facilité de l'anastomose.

b) La section duodénale

toujours effectuée après un décollement duodéno-pancréatique systématique (manoeuvre de KOCHER). Elle est pratiquée à 1/2 centimètre à gauche de l'artère gastroduodénale.

c) Le rétablissement de la continuité

a toujours été obtenu par anastomose gastroduodénale termino-terminale type Péan. La libération large de la grande courbure, un décollement duodénopancréatique jusqu'au génu inférius la rendent presque toujours praticable dans l'hémi-gastrectomie. Lorsque le duodénum est de qualité médiocre, on peut faire l'anastomose sur la face antérieure du deuxième duodénum, si bien "que nous voyons à l'anastomose gastrojéjunale que des indications d'exception". (J. LATASTE). Dans notre série sur 160 ulcères duodénaux le rétablissement de la continuité a été obtenu par anastomose gastroduodénale type Péan sur D1 dans 118 cas soit 73 % ; nous avons dû pratiquer l'anastomose sur D2 dans 42 cas soit 27 %.

L'anastomose gastroduodénale est réalisée après fermeture de la partie supérieure de la tranche gastrique en un plan de points extra-muqueux.

3) Les soins post-opératoires

Ils sont réduits à l'aspiration gastrique pendant 4 jours. Le drainage (drain n° 30 sous hépatique) est retiré en même temps. L'alimentation d'abord pateuse est progressivement ramenée à la normale.

B/ Le protocole pré et post-opératoire

Sans entrer dans le détail de nos indications opératoires, nous pensons que la chirurgie est indiquée

- chaque fois que l'ulcère est rebelle à un traitement médical correct
- lorsque le sujet ne veut pas se soumettre au traitement médical ou lorsque sa profession l'expose à des séjours prolongés loin d'un centre chirurgical
- lorsque l'ulcère s'est compliqué, qu'il s'agisse d'hémorragie digestive (notamment récidivée) ou lorsqu'apparaît une sténose duodénale ou un retentissement biliopancréatique.

L'orientation vers un traitement chirurgical de l'ulcère duodénal est basée sur une étude complète du malade

- à la fois sur le plan clinique et radiologique
- mais aussi sur le plan humoral

1) Nous avons vu l'importance du "profil morphologique" du psychisme et des caractères ethniques de chaque malade.

2) Le bilan radiologique est d'une importance fondamentale

- non seulement en pré-opératoire où il permet le diagnostic et la reconnaissance des lésions associées.
- mais aussi en post-opératoire : nous faisons pratiquer systématiquement un transit gastroduodénal à partir du 12e jour qui nous donne le résultat précis du fonctionnement de l'anastomose et de l'importance du réservoir gastrique résiduel.

3) Le bilan humoral

Il nous semble constituer une indication très précieuse dans la décision de l'indication opératoire et dans le choix de la technique.

Nous avons appliqué à la presque totalité de nos malades les tests fonctionnels d'étude de l'acidité gastrique. Il s'agit du test de HOLLANDER à l'insuline avec contrôle de la glycémie et du test de LAMBLING à l'histamine. Ces tests ont été pratiqués en pré et post-opératoire.

a) Le test de HOLLANDER ; 1/ nous utilisons la technique suivante :

- aspiration gastrique la nuit précédant l'examen ; l'acidité dosée donne une idée du tonus vagal responsable de la sécrétion gastrique.
- 10 unités d'insuline sont injectées par voie veineuse. En réalité la dose d'insuline injectée est fonction du poids du malade.
- recueil de la sécrétion gastrique tous les quarts d'heure avec dosage de l'acidité. Contrôle de la glycémie toutes les demi-heures. Le recueil est réalisé pendant 2 heures.

2/ Interprétation

L'insuline stimule les fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac par l'intermédiaire des pneumogastriques. Ceux-ci sont stimulés par l'hypoglycémie insulinique. Le réflexe excito-sécréteur transmis par les pneumogastriques à partir des centres hypothalamiques n'est valable que si la glycémie tombe au voisinage de 0,50 g/l.

Nous avons pris en considération pour nos courbes d'acidité le dosage de l'acidité libre dont le taux normal se situe autour de 1,80 g/l.

Le test de HOLLANDER est négatif,

- quand la section des fibres nerveuses du vague est complète
- quand les centres nerveux sont rendus inexcitables

par un taux trop bas de la glycémie.

- si le sujet est achlorhydrique comme cela se voit dans la gastrite post-opératoire et prouvé par le test à l'histamine.

- s'il y a régurgitation duodénogastrique ou jéjuno-gastrique où l'interprétation du test devient délicate.

En réalité, toute étude de la sécrétion acide qui prend comme terme de comparaison l'activité vagale est forcément ambigüe puisque la stimulation nerveuse s'exerce aussi sur la sécrétion de gastrine par l'antre. La réponse au test à l'insuline comporte donc une part d'activité antrale.

b) Le test à l'histamine

Il est utilisé par comparaison avec les tests servant à étudier l'activité vagale. L'injection sous cutanée de 1 mg d'histamine entraîne une réponse sécrétoire gastrique. Ce test sollicite directement les glandes gastriques sans l'intermédiaire du pneumogastrique.

Dans les conditions normales la sécrétion totale est de 150 cc (prélèvements tous les 1/4 d'heure pendant une heure et demie) avec une acidité libre à 1,8 °/₀₀.

En réalité le test à l'histamine ne renseigne que sur la capacité des cellules pariétales du fundus à répondre à une irritation chimique supposée analogue à la stimulation hormonale de la gastrine.

Il est cependant le reflet indirect de l'importance de la sécrétion gastrinique de l'antre. En effet ce test met les cellules pariétales en état de sécrétion maximale. La réponse rend compte de l'activité quantitative globale de l'ensemble des cellules. On peut par conséquent apprécier la quantité de cellules pariétales du fundus. Il n'est pas impossible, sachant l'augmentation possible de masse cellulaire acido-sécrétante par la gastrine, qu'un débit acide anormalement élevé au test à l'histamine détecte un excès de population des cellules pariétales fundiques et indirectement un état d'hypergastrinie.

L'usage combiné des 2 tests, à l'insuline et à l'histamine, permet de faire la part de l'origine essentiellement nerveuse ou hormonale de l'acidité gastrique. Ils sont surtout intéressants chez le même malade à titre comparatif en pré et post-opératoire.

C/ Matériel et moyens d'étude

Notre étude concerne 200 malades qui ont subi une vagotomie associée à une hémigastrectomie avec anastomose gastroduodénale de type PEAN.

Cette technique a été appliquée à 160 ulcères duodénaux (80 % des cas) et à 40 ulcères peptiques (20 % des cas)(Tableau I).

Ces interventions ont été pratiquées dans le service du Professeur LATASTE qui nous a confié le résultat de 50 de ses malades personnels.

L'EVOLUTION de ces malades a pu être suivie dans 179 cas (89 %); 13 malades ont été perdus de vue (6,5%); 8 sont décédés. Cette évolution s'étale de un mois à 10 ans après l'intervention (Tableau II).

Pour les ulcères duodénaux (160 cas) l'évolution suivie a été possible dans 144 cas (90 %); 12 malades ont été perdus de vue (7%); 6 sont décédés (Tableau 3).

Pour les ulcères peptiques (40 cas) l'évolution suivie a été réalisable dans 35 cas (87 %); 3 malades ont été perdus de vue (7,5%) (Tableau 4); 2 sont décédés (5,5%).

L'AGE de nos sujets s'étale de 18 à 80 ans avec 109 cas de 30 à 50 ans soit 54 % (tableau 5). La répartition des ulcères peptiques en fonction de l'âge s'établit de 20 à 80 ans avec 26 cas entre 30 et 50 ans (65%) (Tableau 6). En ce qui concerne les ulcères duodénaux l'échelle d'âge s'étend de 18 à 80 ans avec 83 cas entre 30 et 50 ans soit 51 % des cas (Tableau 7).

Répartition ulcères peptiques et duodenaux

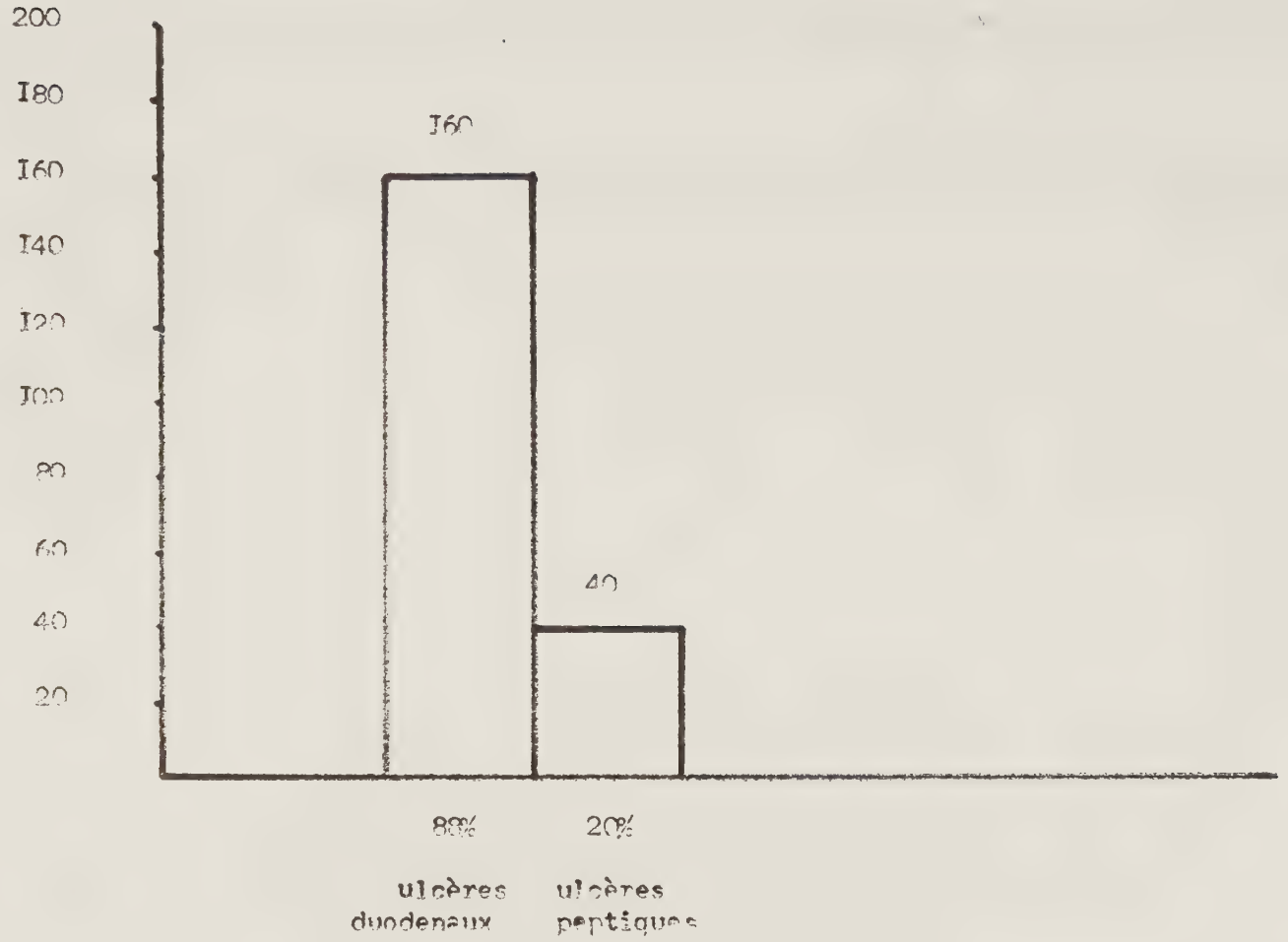


TABLEAU I

Evolution suivie
(sur 200 hemigastrectomie avec vagotomie)

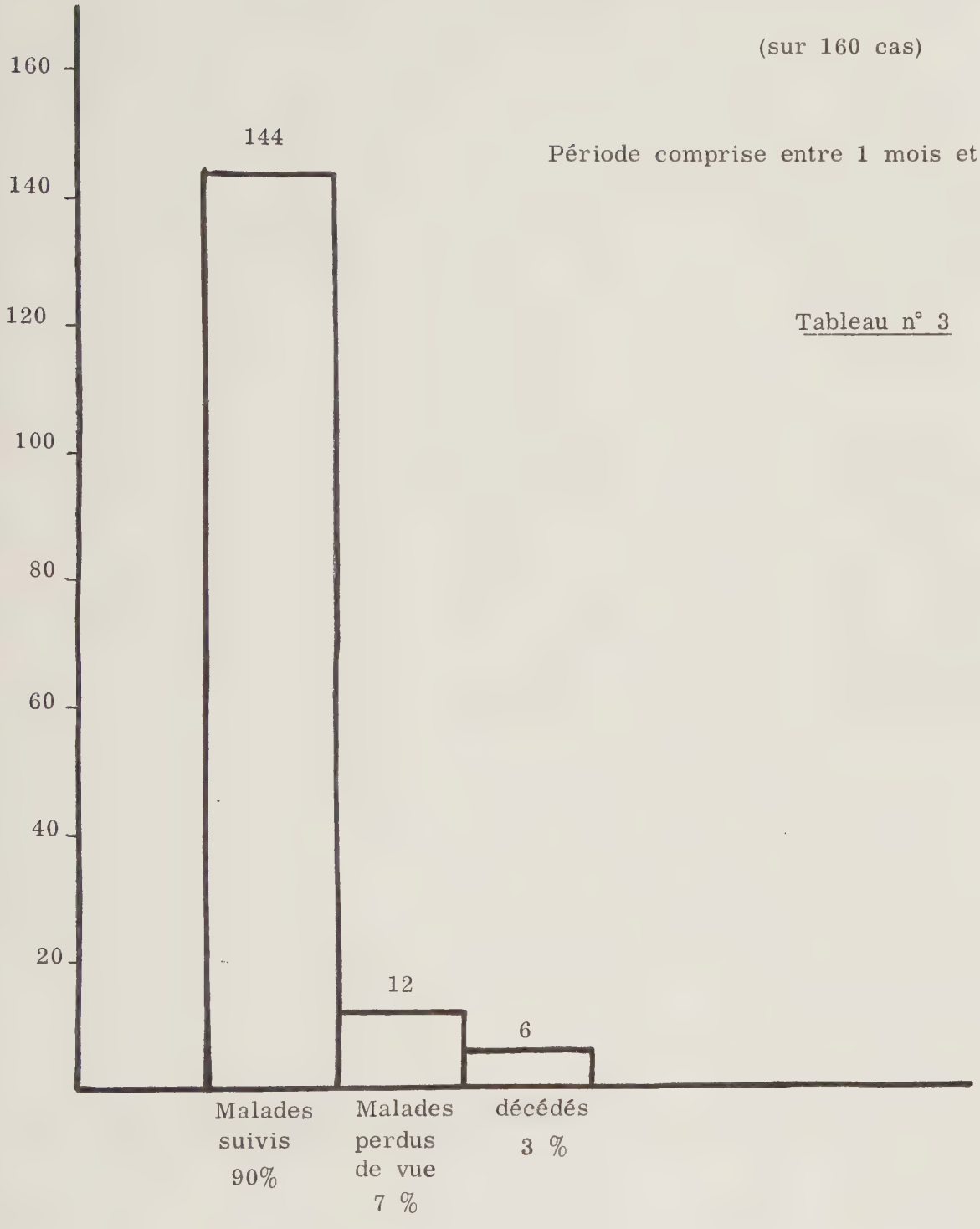
TABLEAU 2

Evolution suivie dans les ulcères duodénaux

(sur 160 cas)

Période comprise entre 1 mois et 10 ans

Tableau n° 3



Evolution suivie dans les ulcères peptiques

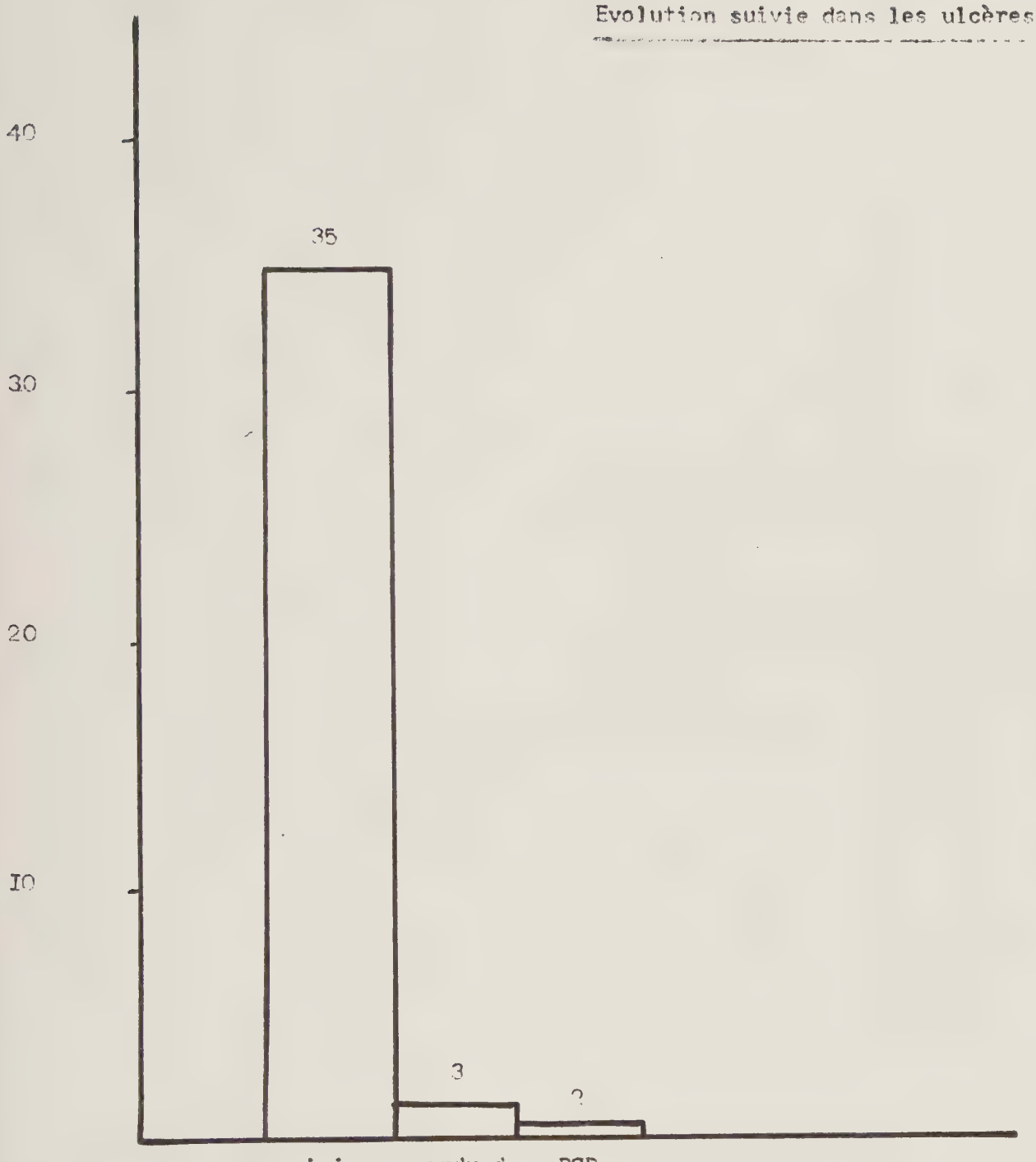


TABLEAU 4

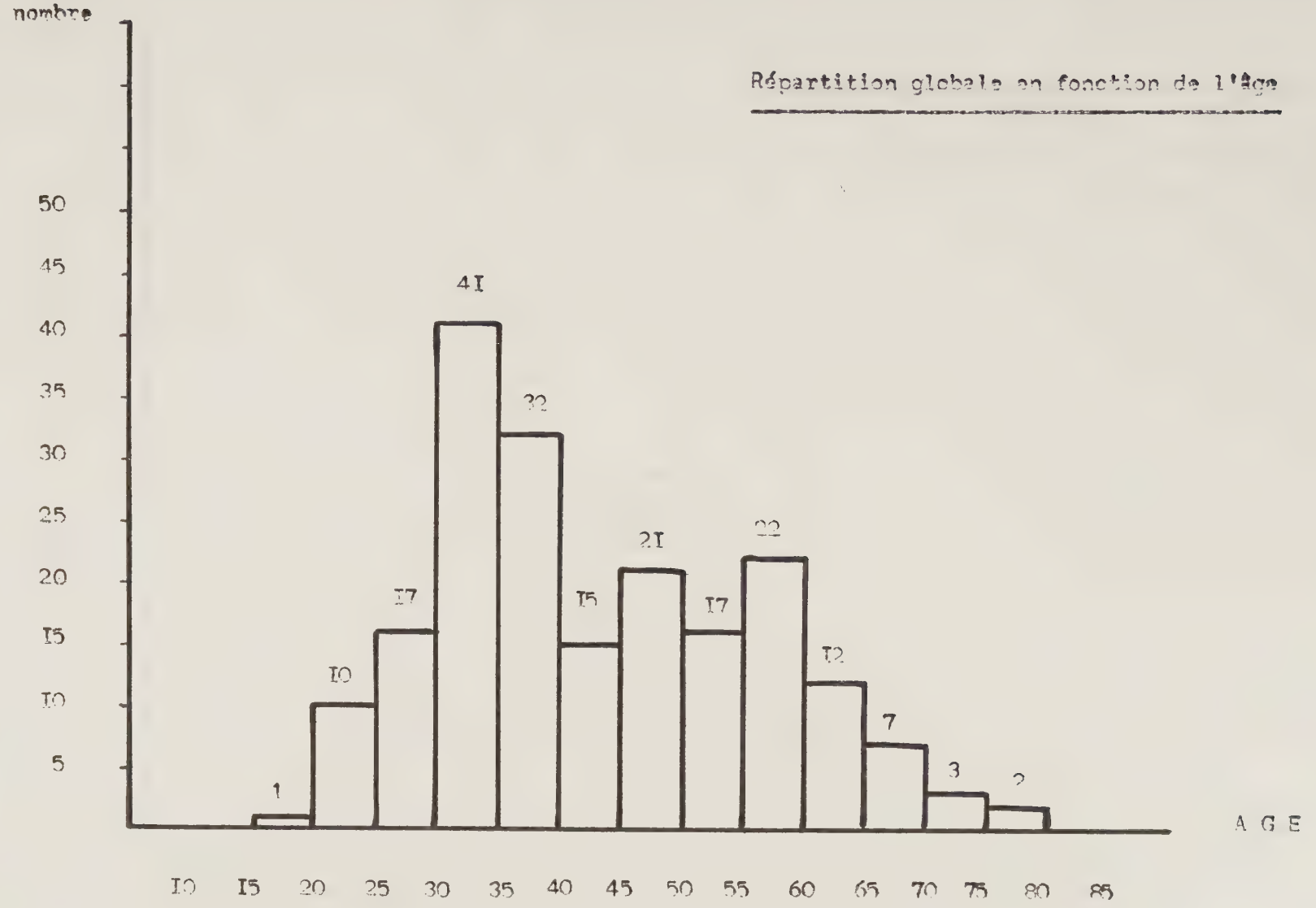

nombre
Répartition globale en fonction de l'âge
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
1
10
17
41
32
15
21
17
22
12
7
3
2
AGE
10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85

TABLEAU 5

Répartition des ulcères peptiques en fonction de l'âge

(40 cas)

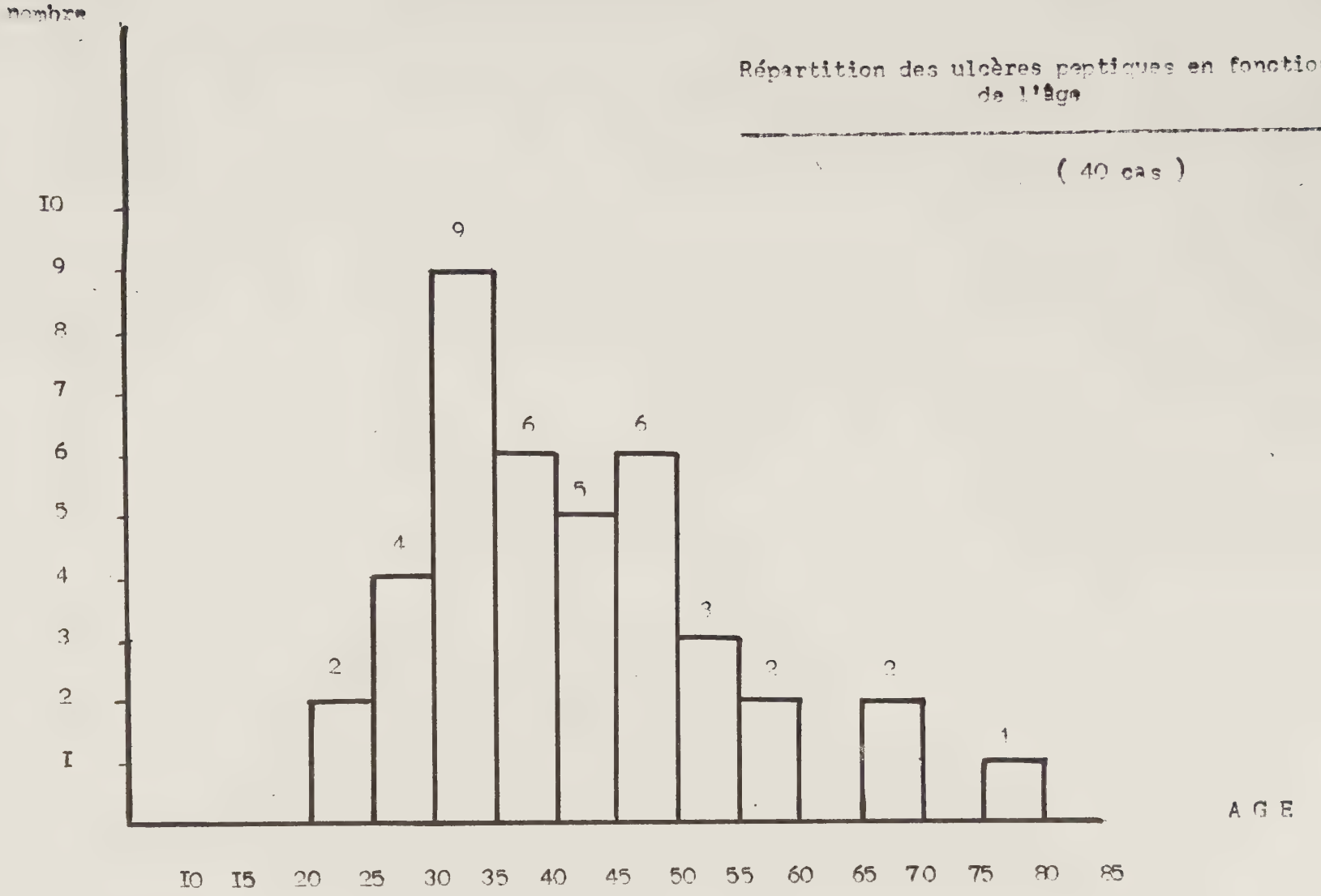


TABLEAU 6

Répartition des ulcères duodenaux en fonction de l'âge

(160 cas)

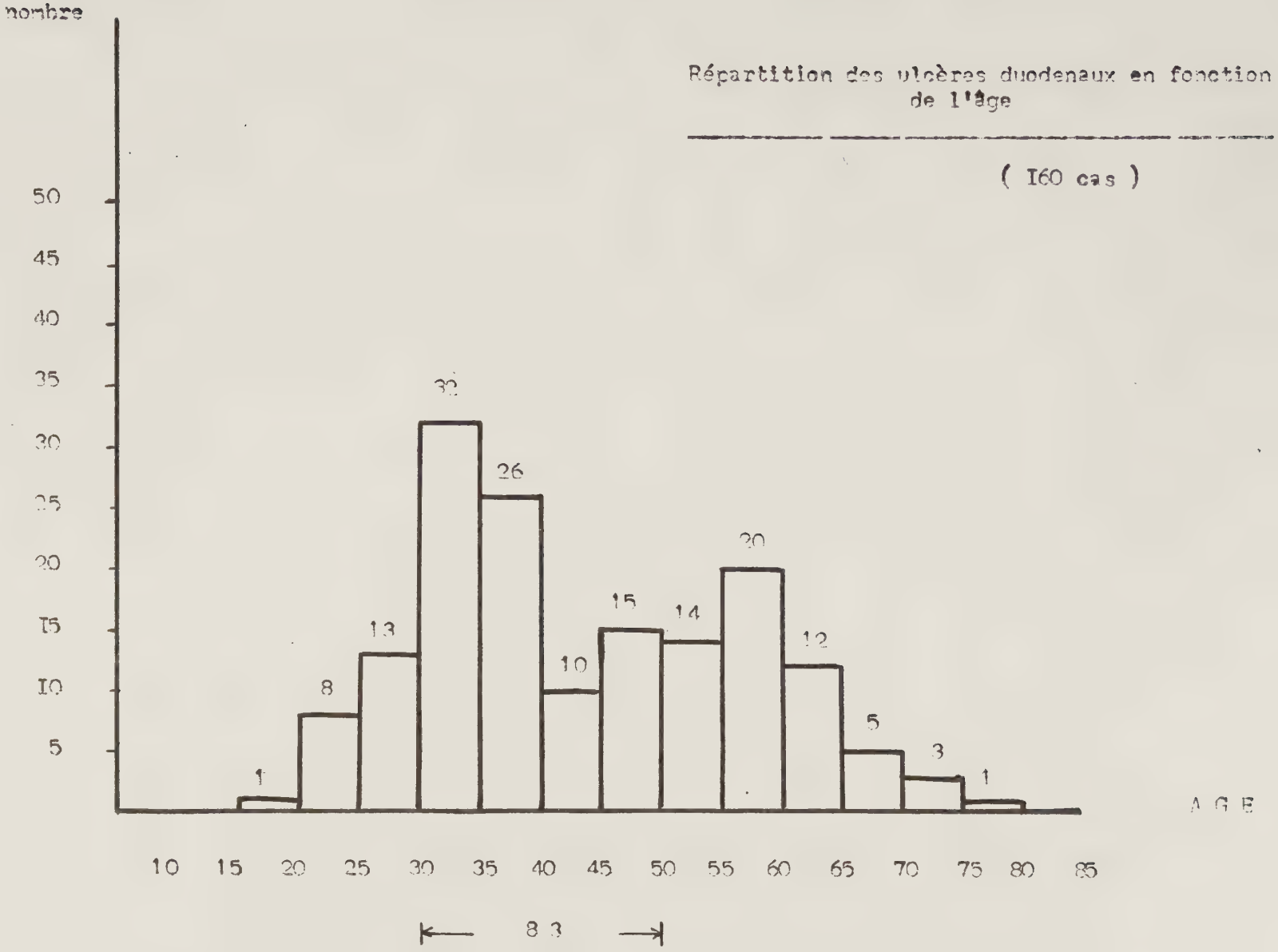


TABLEAU 7

LE SEXE notre étude concerne 182 hommes (91 %) et 18 femmes (9%) (Tableau 8).

ANTECEDENTS

A/ Ulcères duodénaux (Tableau 9)

Sur les 160 malades atteints d'ulcères duodénaux, 111 (69 %) ont reçu un traitement médical antiulcéreux. 49 n'ont jamais été traités (30 %). 3 avaient absorbé de l'aspirine ou des corticoïdes

Obs. 24 - Mr.DUK.. 57 ans. Sous traitement de NUBALGYL pour rhumatisme inflammatoire.

Obs. 36 - Mme TRO.. sous traitement corticoïde pour polyarthrite chronique évolutive.

Obs. 54 - Mme ATT.. sous corticoïdes pour hydrothorax d'origine indéterminée.

17 ulcères duodénaux présentent des antécédents pathologiques importants.

4 sont atteints de tuberculose pulmonaire : dans les 4 cas la tuberculose est stabilisée et ne nécessitera pas de traitement complémentaire post-opératoire.

2 sont atteints d'affection respiratoire : insuffisance respiratoire (Obs. N° 172) hydrothorax spontané (Obs. N° 54) déjà citée plus haut.

2 ont des antécédents paludéens (Obs. N°160 et 102).

Une malade a été opérée d'un néo du sein (Obs. N°68) dix ans avant l'hémigastrectomie.

Dans l'observation 64 Madame M.. est traitée pour une leucémie myéloïde atypique.

Mr. GIR.. (Obs.27) a des antécédents d'amibiase.

Mr. LAF.. (Obs.46) est un éthylique avéré.

Répartition globale en fonction du sexe

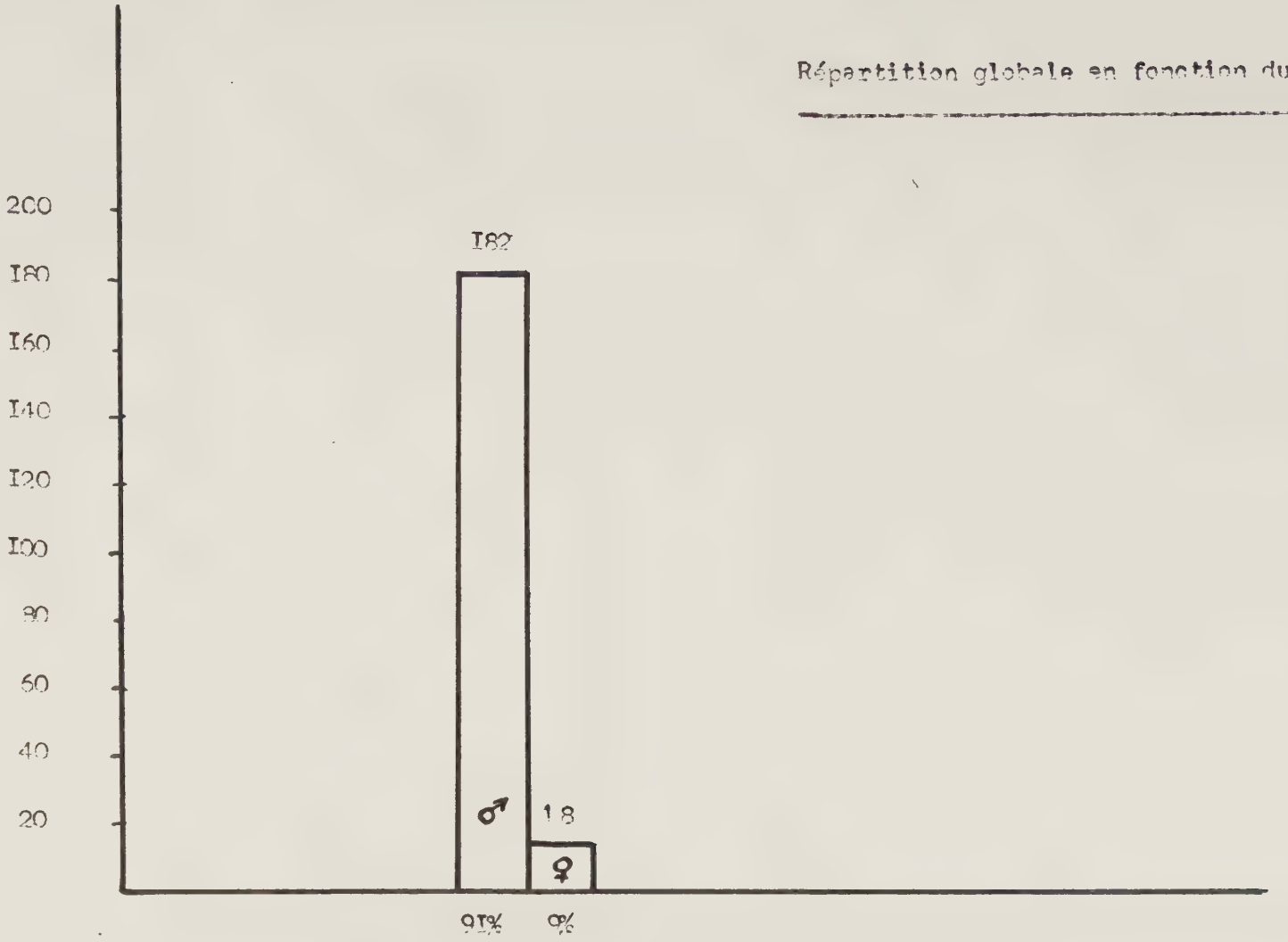
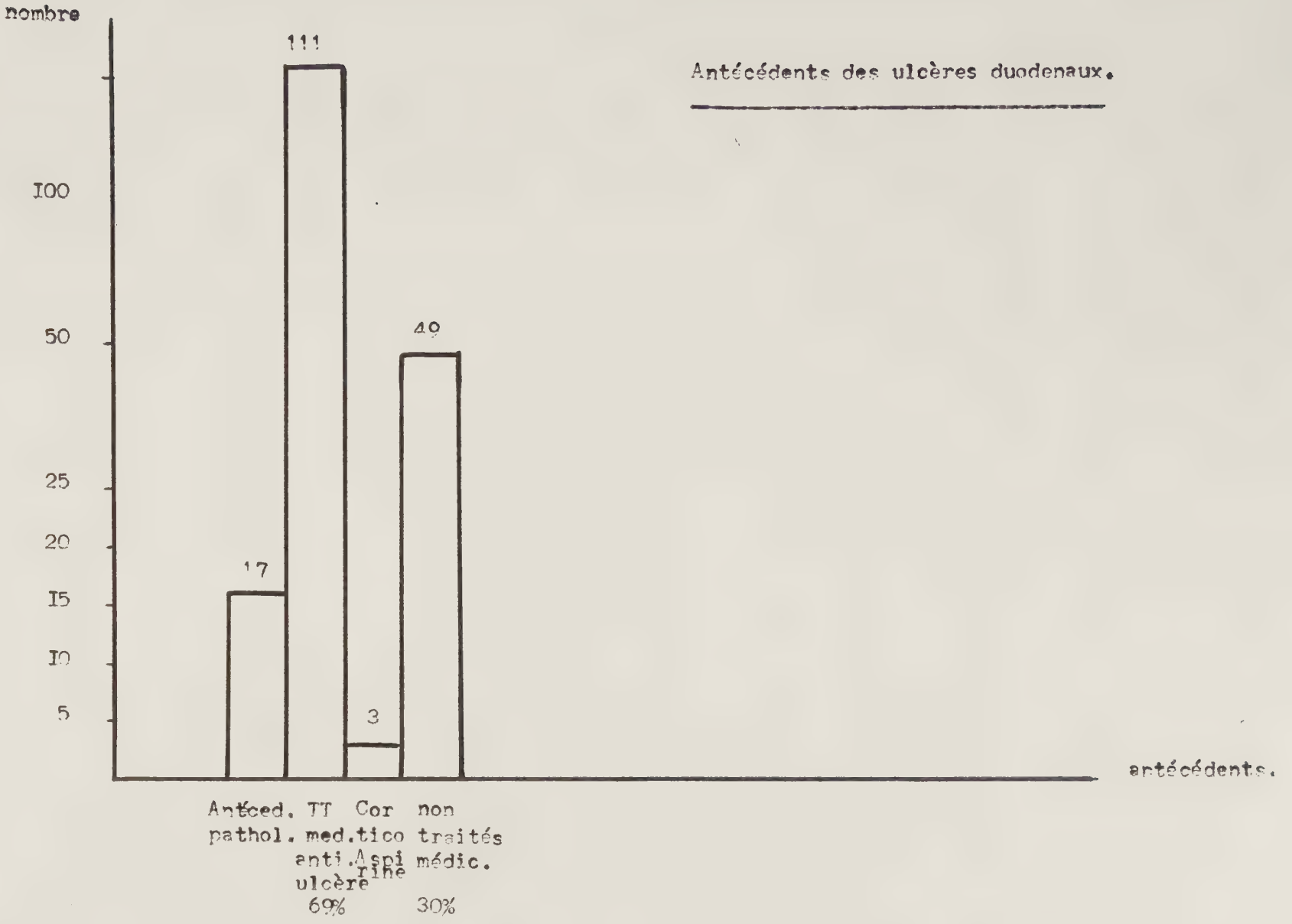


TABLEAU 8



Antécédents des ulcères duodenaux.

TABLEAU 9

On note encore un cas d'hémiplégie (Mme R... obs.81) une lithiase rénale (Mme MED.. obs. 173), 2 cas d'artérite des membres inférieurs (Mr. SAN.. obs.29; Mr.V.. obs.156); un cas de polyarthrite chronique évolutive (Obs.36 déjà citée plus haut).

B/ Ulcères peptiques (Tableau 10)

Nous avons appliqué à 40 ulcères peptiques une dégastrogastrectomie Péan avec vagotomie.

Dans 17 cas (42 %) on retrouve dans les antécédents une gastro-entérostomie avec vagotomie.

8 malades (20 %) avaient déjà subi une gastroentérostomie simple

5 fois nous avons retrouvé une gastrectomie FINSTERER première (14%); 4 fois une gastrectomie type Polya (10 %); dans 3 cas il s'agissait d'une gastrectomie Péan (7%).

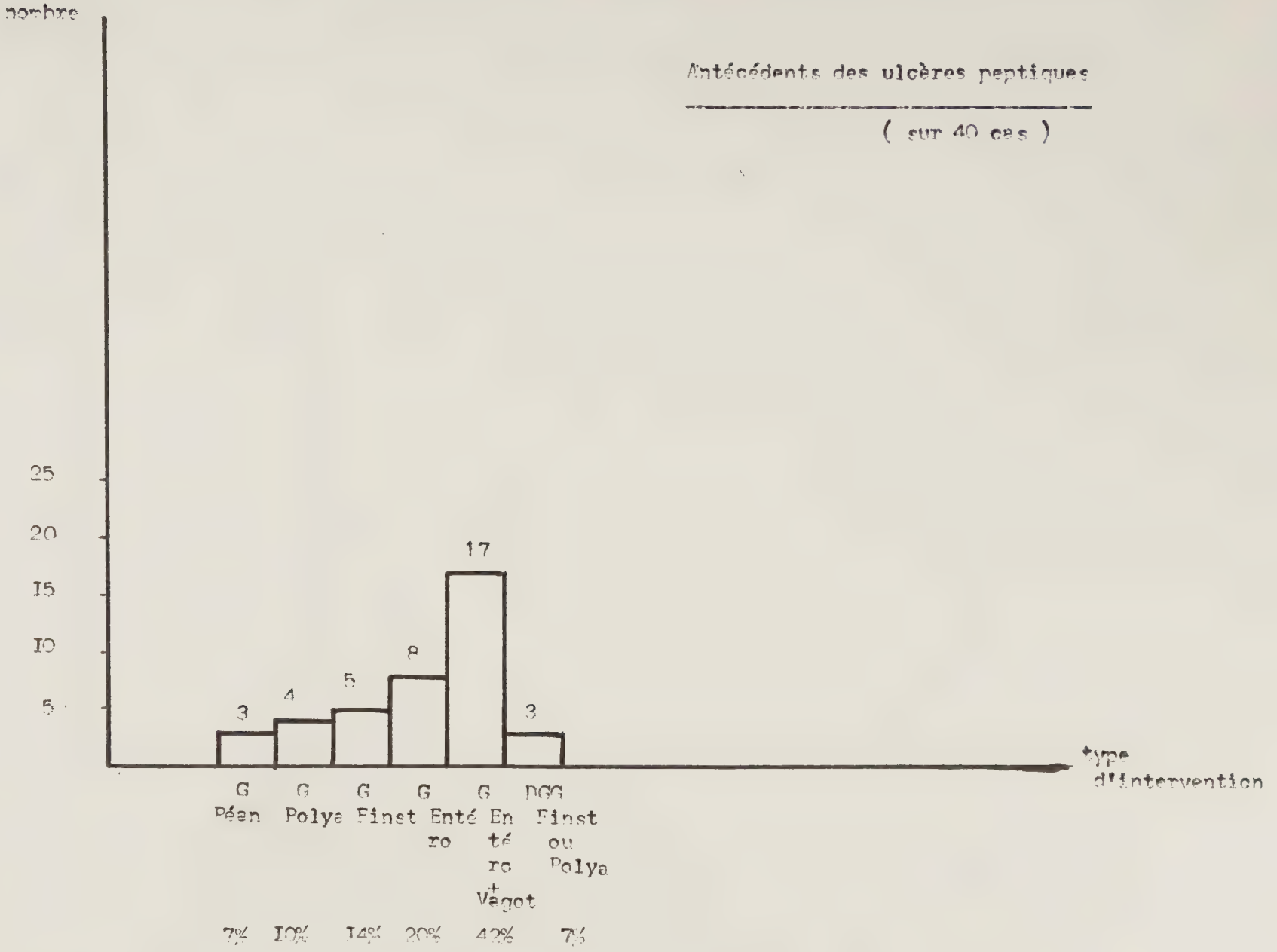
Nous avons dû reprendre 3 malades qui avaient déjà subi une dégastrogastrectomie Fusterer ou Polya sans vagotomie. Nous avons pratiqué une nouvelle dégastrogastrectomie Péan avec une vagotomie (thoracique)

SIGNES D'APPEL

A/ Dans les ulcères duodénaux (tableau 11)

Dans 58 % des cas (93 cas) les malades se sont plaints de douleurs épigastriques associées ou non à des vomissements. Dans 26 % des cas l'hémorragie a été le signe d'appel prédominant. Enfin nous avons observé 25 cas de perforation ulcéreuse (16 %).

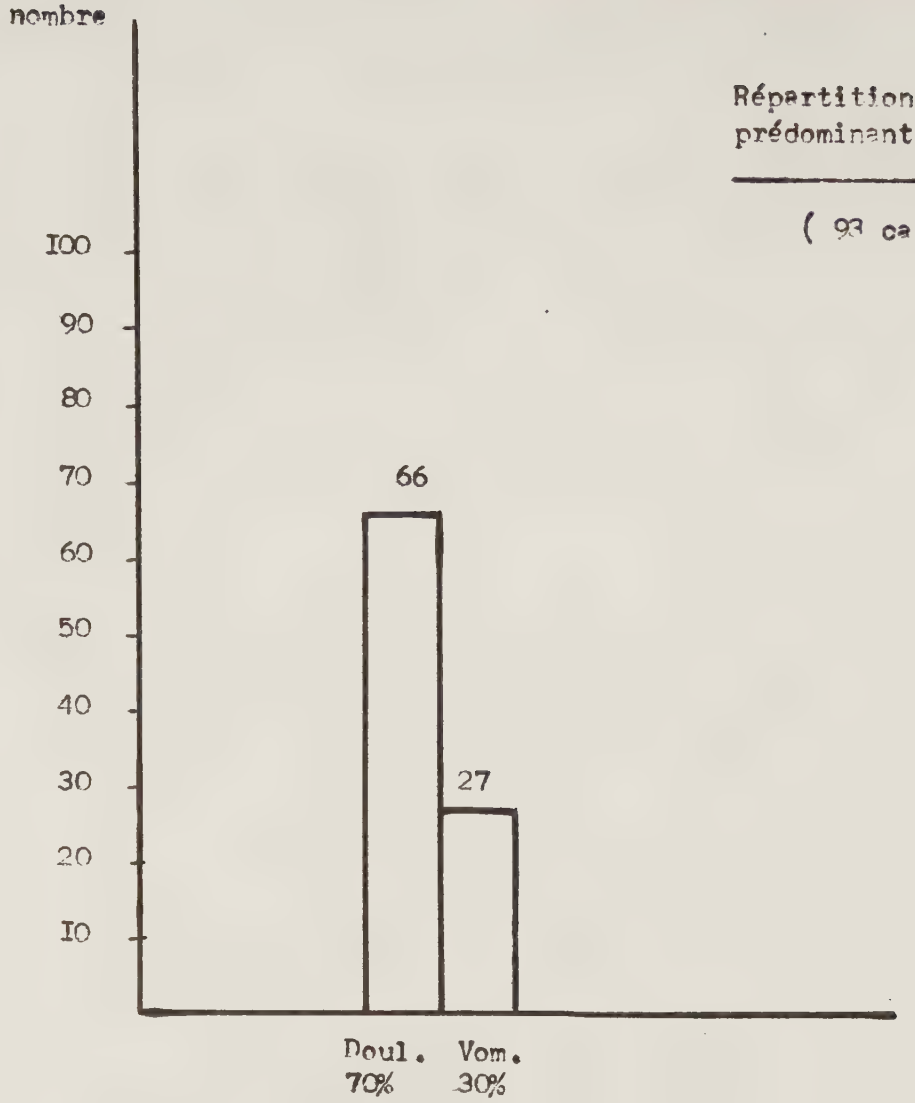
Parmi ceux dont les signes fonctionnels majeurs étaient douleurs et vomissements (93 cas) nous avons relevé 66 cas (70%) où les douleurs étaient exclusives et 27 (30 %) où les signes de sténose duodénale prédominaient (tableau 12).


Antécédents des ulcères peptiques
(sur 40 cas)
nombre
25
20
15
10
5
3
4
5
8
17
3
type d'intervention
G Péan
G Polya
G Finst
G Entéro
G Entéro +Vagot
DGG Finst ou Polya
7%
10%
14%
20%
42%
7%

Signes d'appel dans les ulcères duodénaux.

(sur 160 cas)

TABLEAU 11



Répartition des douleurs et des vomissements prédominants parmi les signes fonctionnels.

(93 cas sur I60 soit 58%

TABLEAU I2

Dans la série que nous étudions nous avons observé 25 ulcères perforés (16 % des ulcères duodénaux de notre étude). Dans 15 cas l'ulcère était connu et était déjà l'objet d'un traitement médical (60 %). Dans 4 cas la perforation fut inaugurale (16 %). Nous avons observé un cas de perforation itérative.

Obs. 11 - Mr. DOV.. Perforation en 1961. Suture immédiate. 1963 récidive perforation. Hémigastrectomie Péan + vagotomie.

Enfin dans 5 cas (20 %) les malades se plaignaient de vagues douleurs épigastriques sans rapport évident avec un ulcère duodénal en évolution. Les douleurs n'avaient fait l'objet d'aucun traitement particulier (Tableau 13).

Sur le plan thérapeutique le traitement immédiat de la perforation ulcéreuse s'est résumé à l'aspiration gastrique puis suture chirurgicale dans 21 cas (80 %). Dans 5 cas (20 %) la méthode de Taylor a permis d'obtenir la guérison provisoire avant l'hémigastrectomie (tableau 14). Dans 18 cas(69 %) l'hémigastrectomie a été pratiquée au moins 3 mois après l'épisode perforatif.

Dans 6 cas elle a été réalisée entre 15 jours et un mois après la perforation (tableau 15).

42 ulcères duodénaux ont été opérés pour hémorragie digestive : dans 33 cas (78 %) il s'agissait du premier épisode hémorragique; dans 9 cas (22 %) l'hémorragie récidivait (Obs.44). Dans un seul cas l'abondance de l'hémorragie nous a conduit à la gestrectomie d'hémostase. Tous les autres malades ont été opérés au décours de l'épisode hémorragique et après étude de l'acidité gastrique (tableau 16).

La place de la perforation dans l'évolution de l'ulcère duodénal à propos de 25 ulcères perforés.

(sur I60 cas soit I6%)

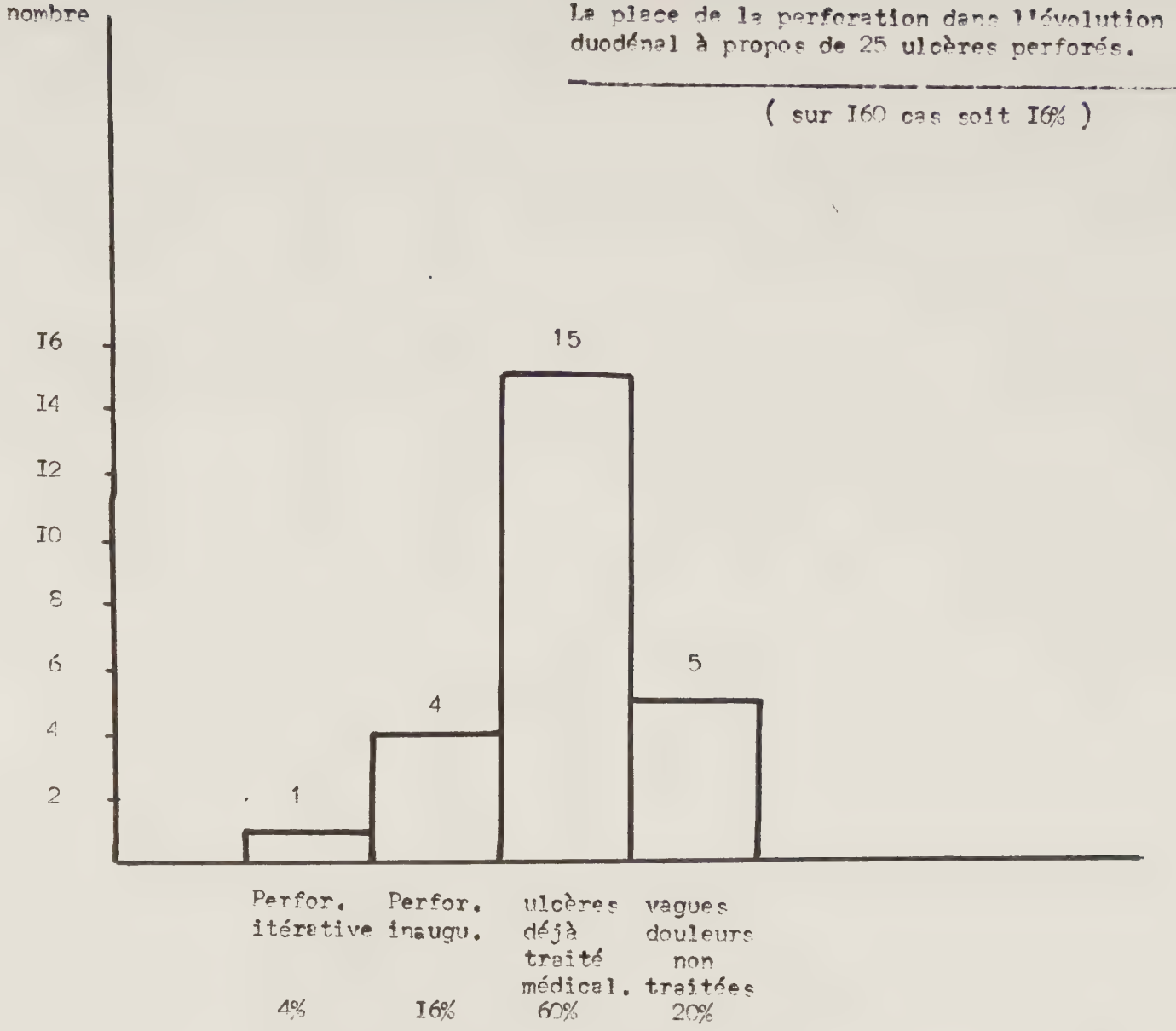


TABLEAU I3

Le traitement immédiat de la perforation ulcèreuse

(sur 26 cas)

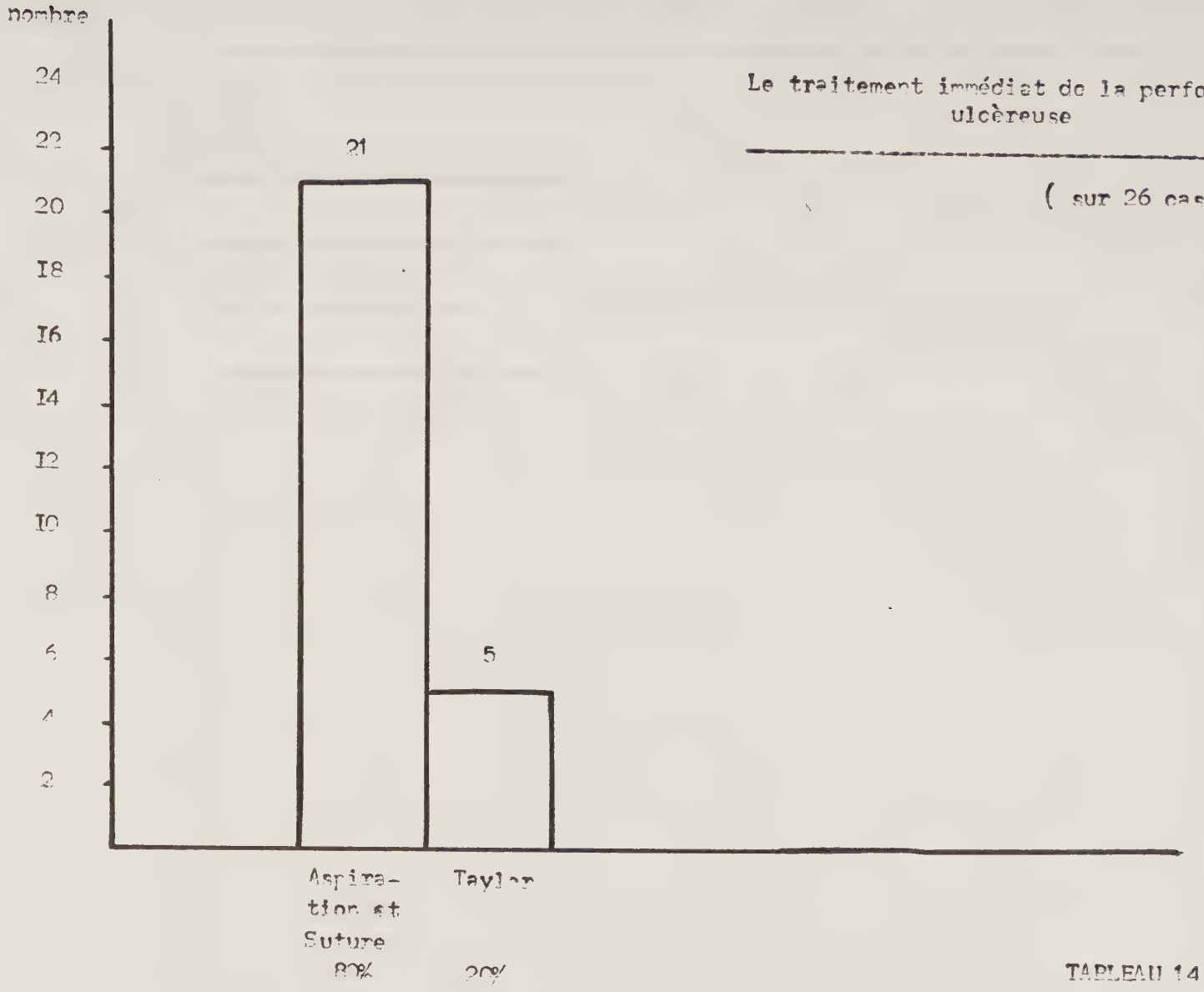
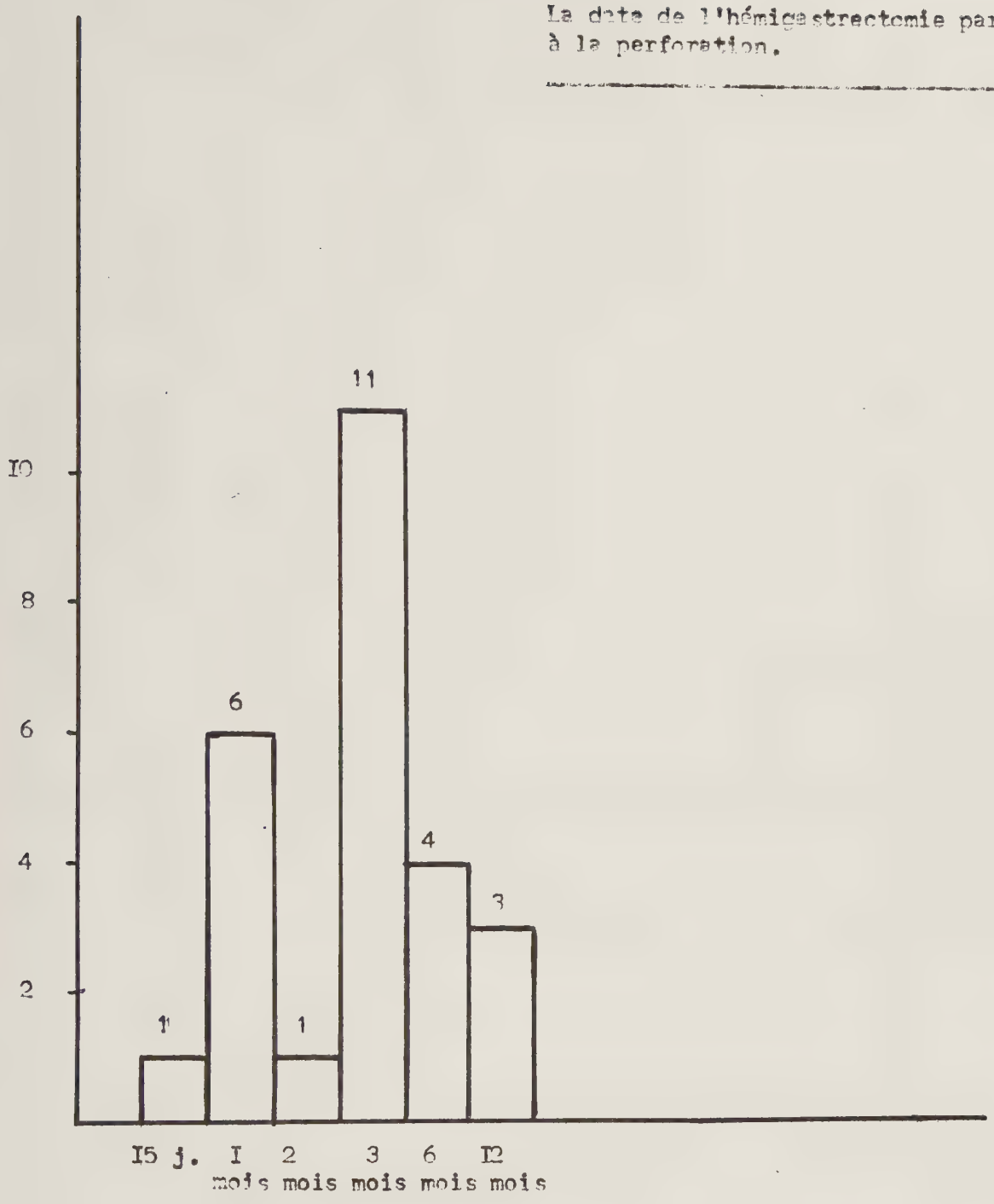


TABLEAU 14

La date de l'hémigastrectomie par rapport à la perforation.



← 69 % →

TABLEAU 15

La place de l'hémorragie dans l'évolution de l'ulcère duodénal à propos de 42 ulcères hémorragiques.

(sur I60 cas soit 26%)

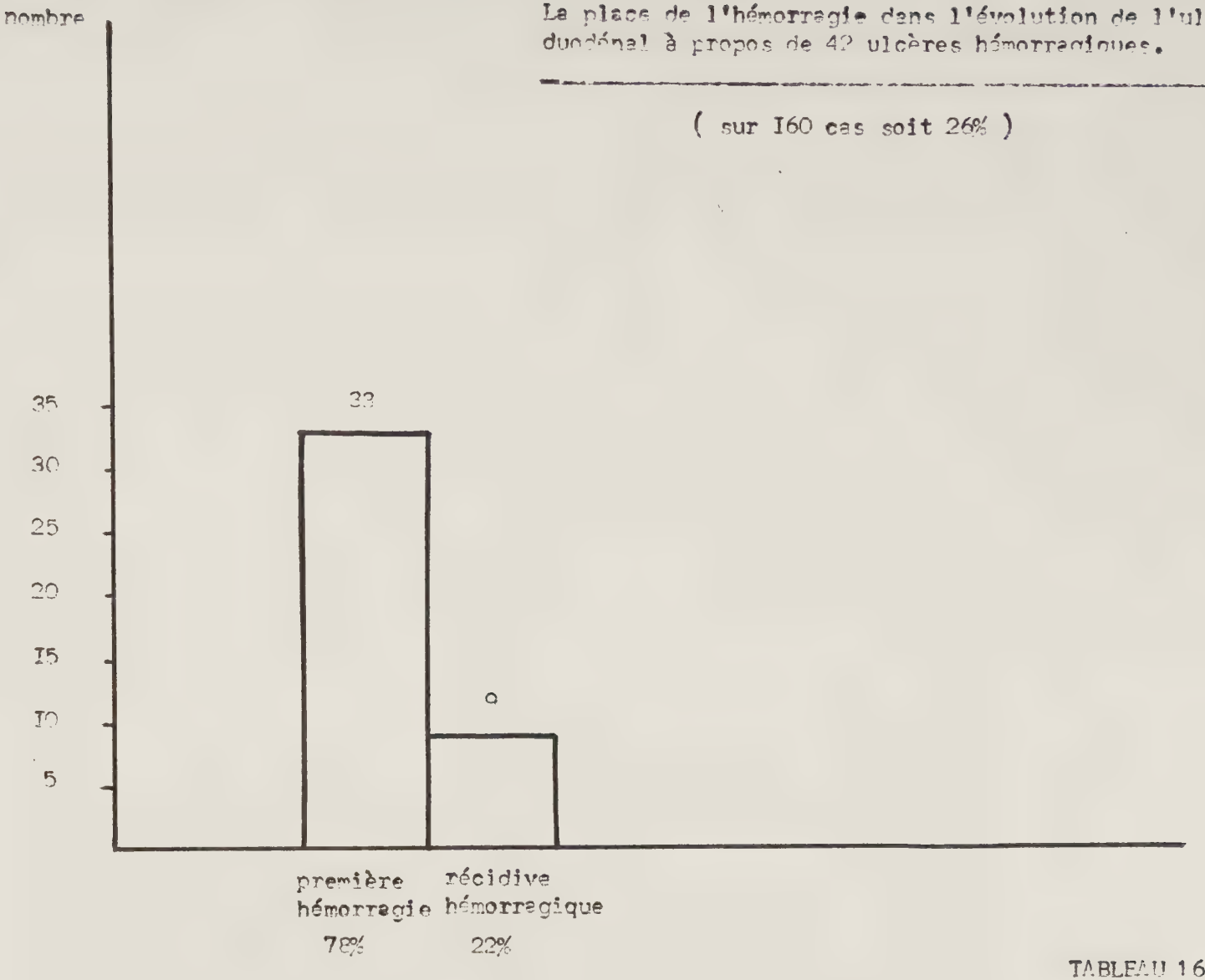


TABLEAU 16

B/ Dans les ulcères peptiques

Dans la majorité des cas (28 cas) les signes d'appel ont été représentés par des douleurs (70 %). Dans 11 cas (27 %) l'hémorragie a constitué le signe d'appel prédominant.

Enfin nous avons observé un cas de perforation d'ulcère peptique (3 %) (tableau 17).

Dans 20 cas (50 %) l'hémigastrectomie avec vagotomie a été pratiquée entre 1 et 4 ans après l'intervention gastrique initiale (gastroentérostomie ou gastrectomie).

Dans un cas la dégastrogastrectomie a été pratiquée 25 ans après la gastrectomie première. (Tableau 18).

LA RADIOGRAPHIE

A/ Dans l'ulcère duodénal

Sur 160 ulcères duodénaux, le transit oesogastroduodénal a été pratiqué 149 fois (93 %). Dans 11 cas la radio n'a pu être effectuée (17 %) (tableau 19).

Dans 10 cas en raison d'ulcères perforés : l'un a été opéré après échec de la méthode de Taylor au bout de quelques jours; 9 autres ont subi une suture immédiate et contrairement aux autres ulcères perforés n'ont pas eu de transit gastroduodénal avant l'hémigastrectomie-vagotomie.

Dans 1 cas l'hémorragie digestive n'a pu être contrôlée que par la gastrectomie (Obs. n°44). Le malade a été opéré en urgence sans radiographie préalable.

- Les signes radiographiques dans l'ulcère duodénal

Ainsi 149 fois le transit gastroduodénal a été possible. 121 fois (81 %) la radio a révélé la présence d'une niche évidente. Dans 17 cas (11 %) les signes de stase sont prédominants. Dans 8 cas (6%)

Signes d'appel dans les ulcères peptiques

(sur 40 cas)

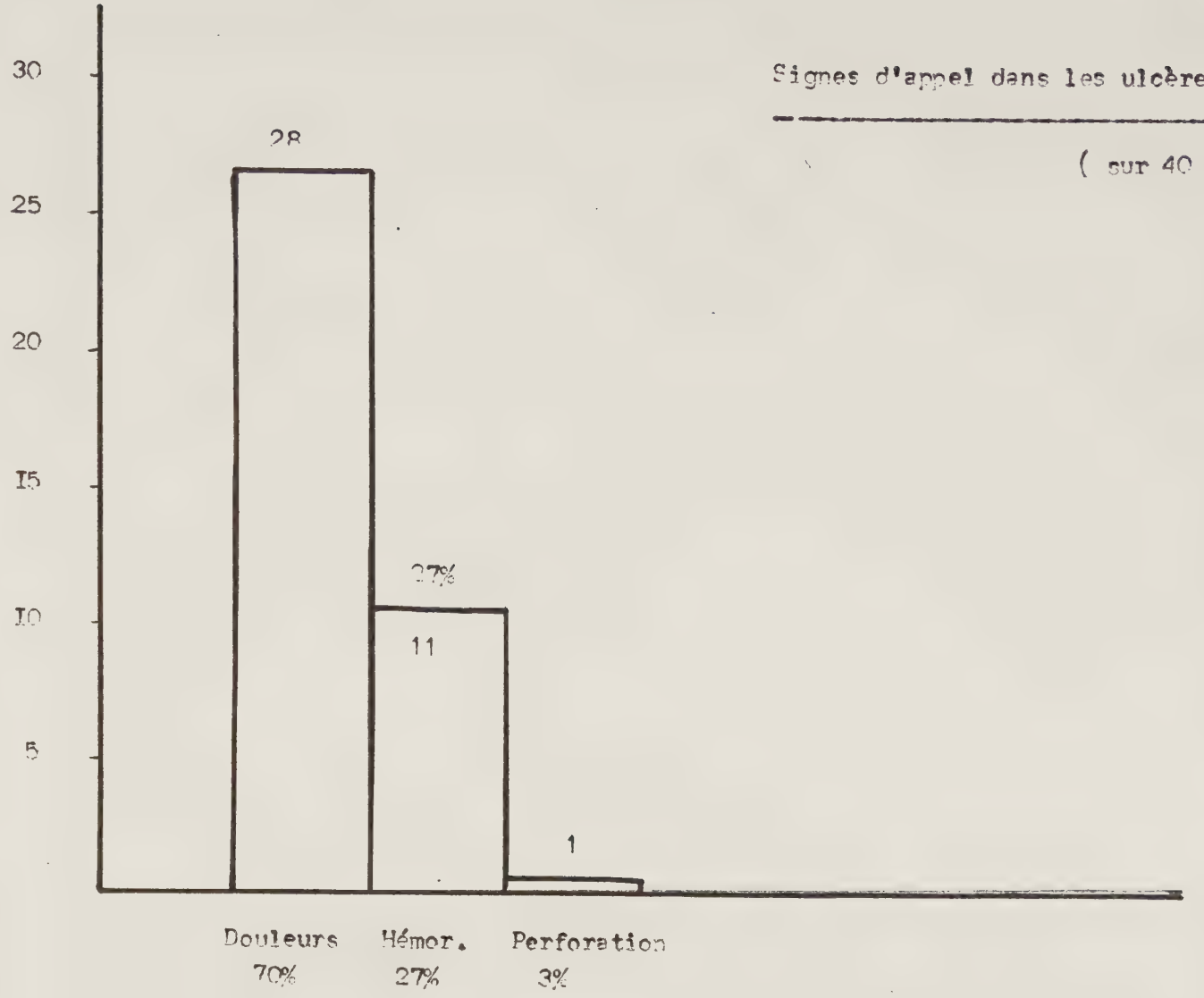


TABLEAU I7

La date de la dégastrogastrectomie par rapport à la gastrectomie initiale.

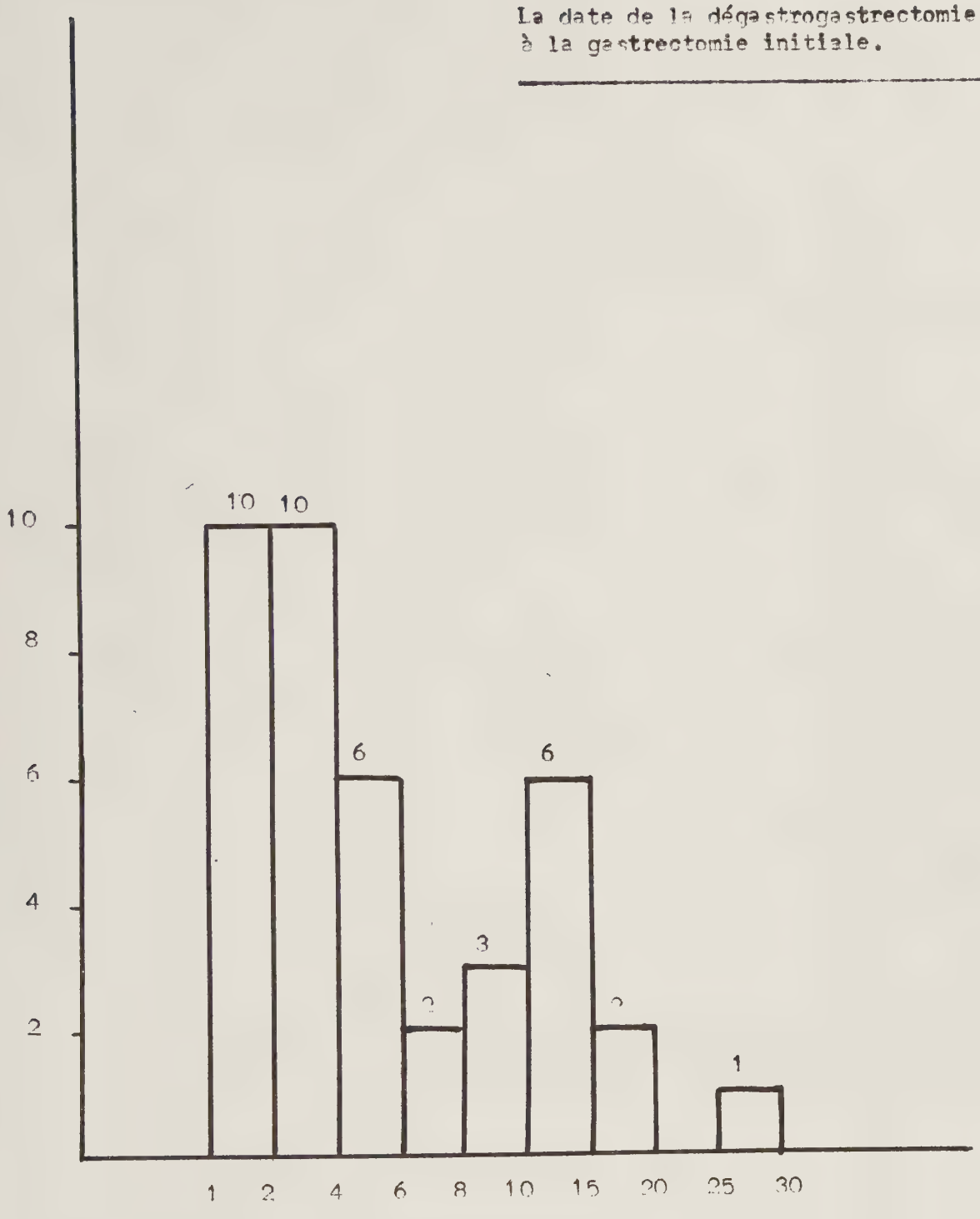


TABLEAU 18

La radio (T.O.G.D.) dans l'ulcère duodénal

(sur I60 cas)

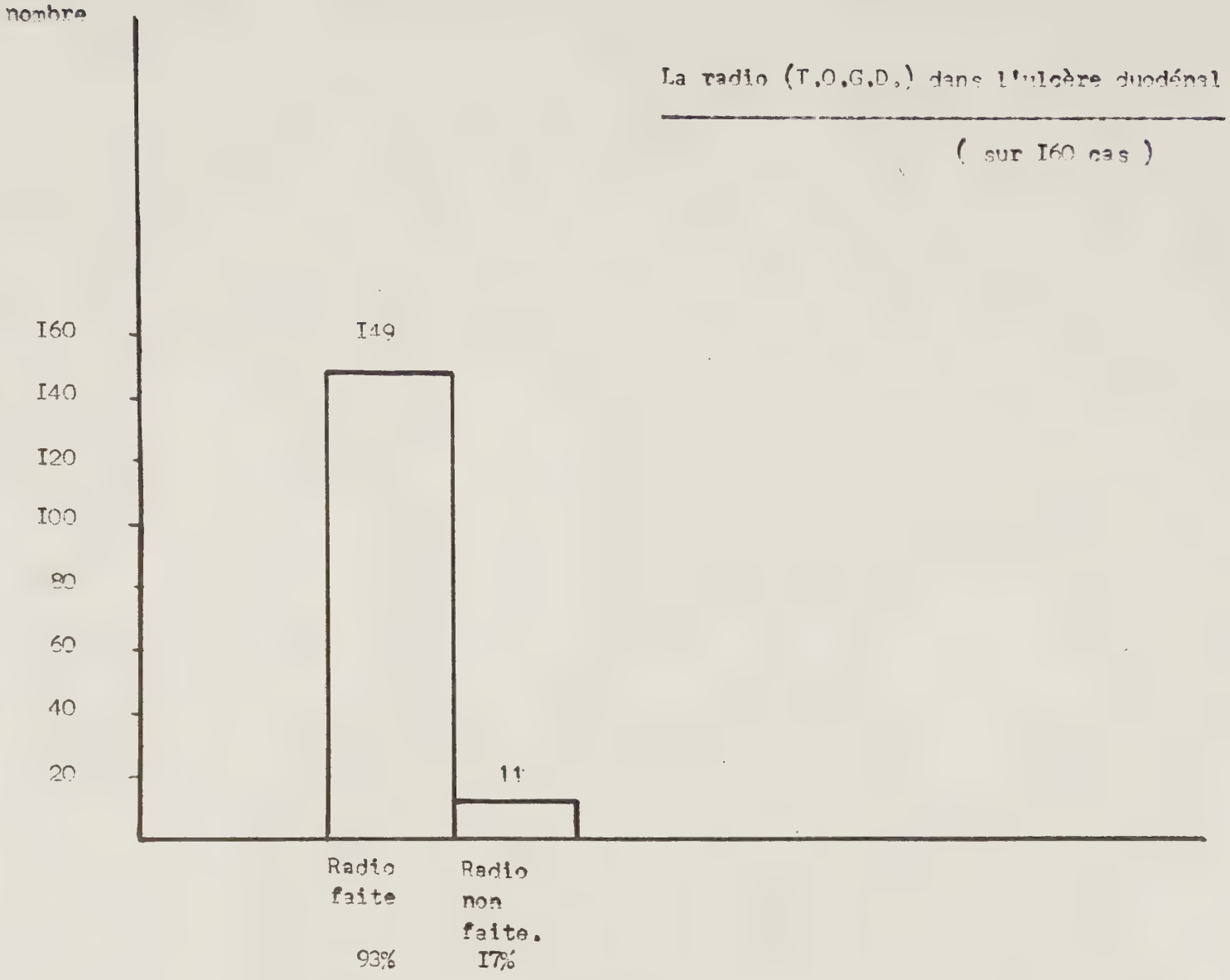


TABLEAU 19

nous avons observé une déformation constante du bulbe. Enfin dans 3 cas les signes de gastrite sont majeurs (2 %) (Tableau 20).

B/ Dans l'ulcère peptique

La niche est évidente dans 15 cas (38 %). Dans 7 cas la radio objective des signes de stase gastrique (18,5%). Dans 10 cas (25 %) et avec l'aide du radio-cinéma nous avons observé un dysfonctionnement de l'anastomose gastrojéjunale avec reflux massif dans l'anse afférente. Dans 7 cas (18,5 %) nous n'avons observé que des signes de gastrite. (Tableau 21).

Les résultats ressortent de 39 transits gastroduodénaux (sur 40 ulcères peptiques). Dans un seul cas la radio n'a pu être pratiquée en raison d'une perforation.

C/ Le pneumopéritoine dans la perforation ulcéreuse

Dans notre série nous avons colligé 26 perforations, 25 perforations d'ulcères duodénaux; une d'ulcère peptique. Dans 15 cas (60 %) le pneumopéritoine a été nettement observé. Dans 11 cas (40 %) nous n'avons pas pu mettre en évidence de pneumopéritoine. (Tableau 22).

LES TUBAGES GASTRIQUES PRE OPERATOIRES

Sur les 160 ulcères duodénaux de notre série, 112 (70%) ont bénéficié des tubages gastriques après stimulation insulinique et histaminique. Dans 48 cas (30 %) les tubages n'ont pas été faits (Tableau 23).

A/ Test de HOLLANDER

Le dosage de l'acidité libre a mis en évidence une hyperacidité supérieure à 2 g/litre dans 96 cas (85 %) avec 49 cas supérieurs à 3,5 g (43 %).(Tableau 24)

Les signes radiographiques dans l'ulcère duodénal.

(sur 149 T.O.G.D.)

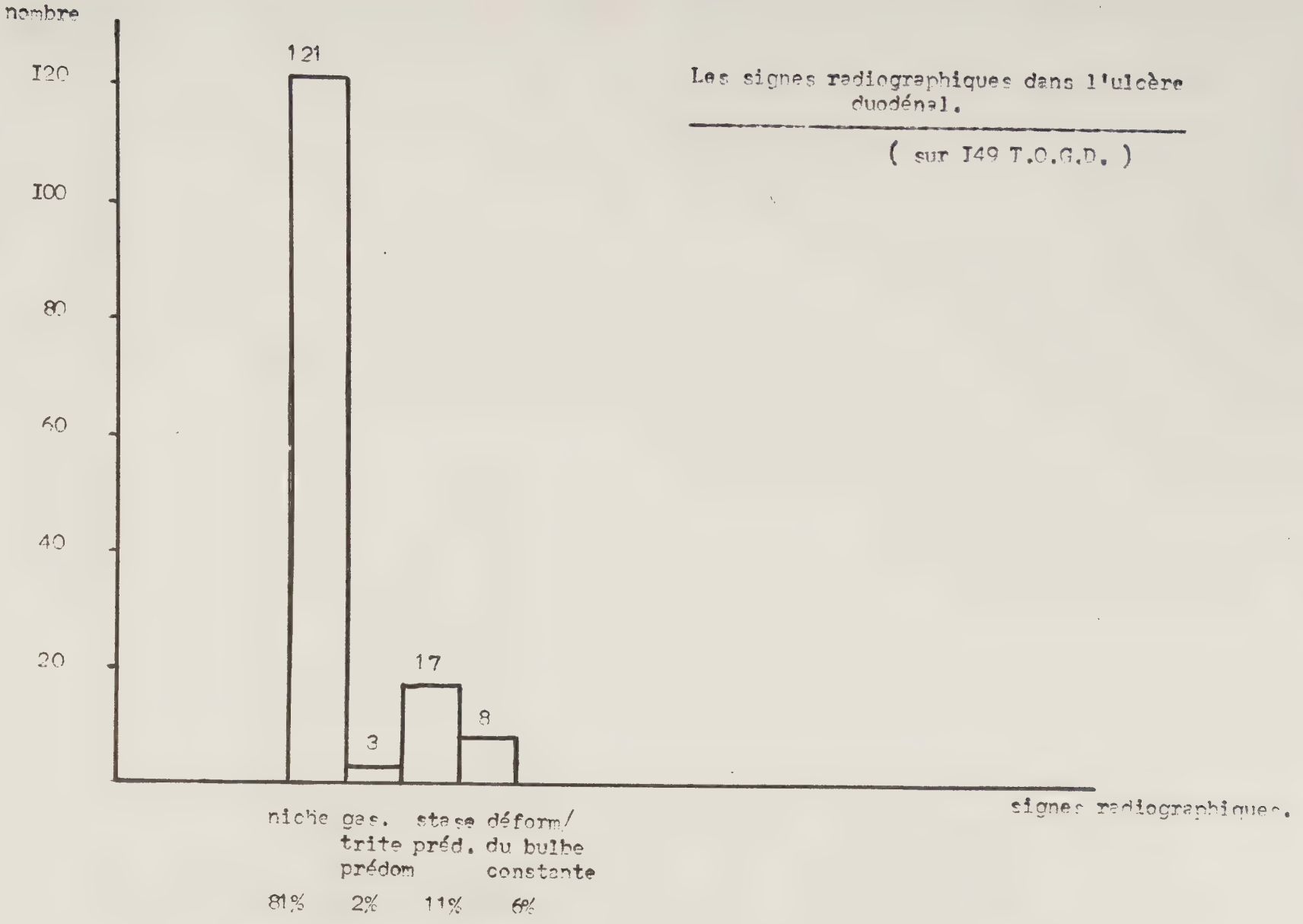


TABLEAU 20

Les signes radiographiques dans l'ulcère peptique

(39 T.O.G.D. sur 40 ulcères peptiques)

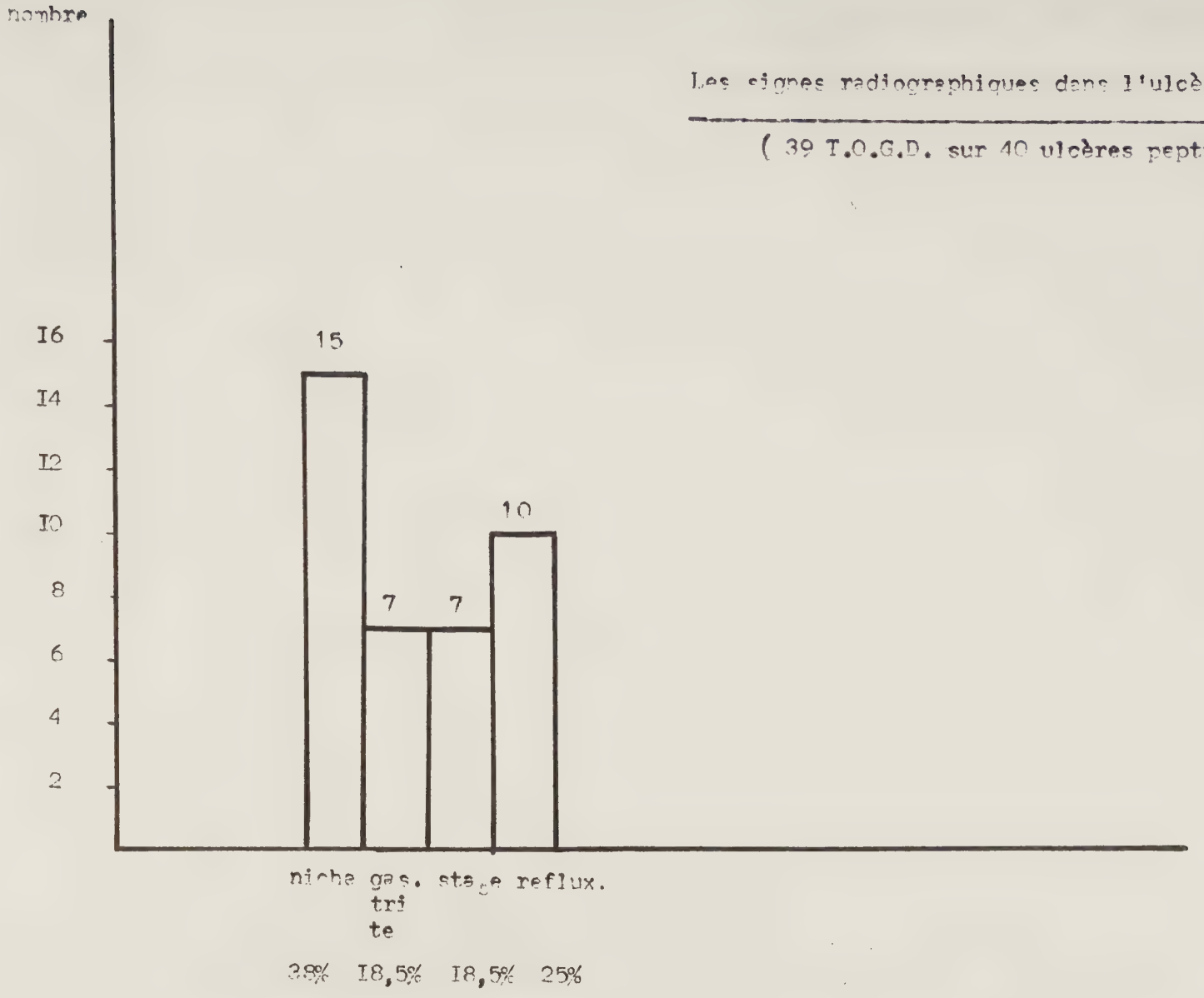


TABLEAU 2I

Le pneumopéritoine dans la perforation ulcéreuse.

(sur 26 ulcères perforés dont
25 ulcères duodénaux - 1 ulcère peptique)

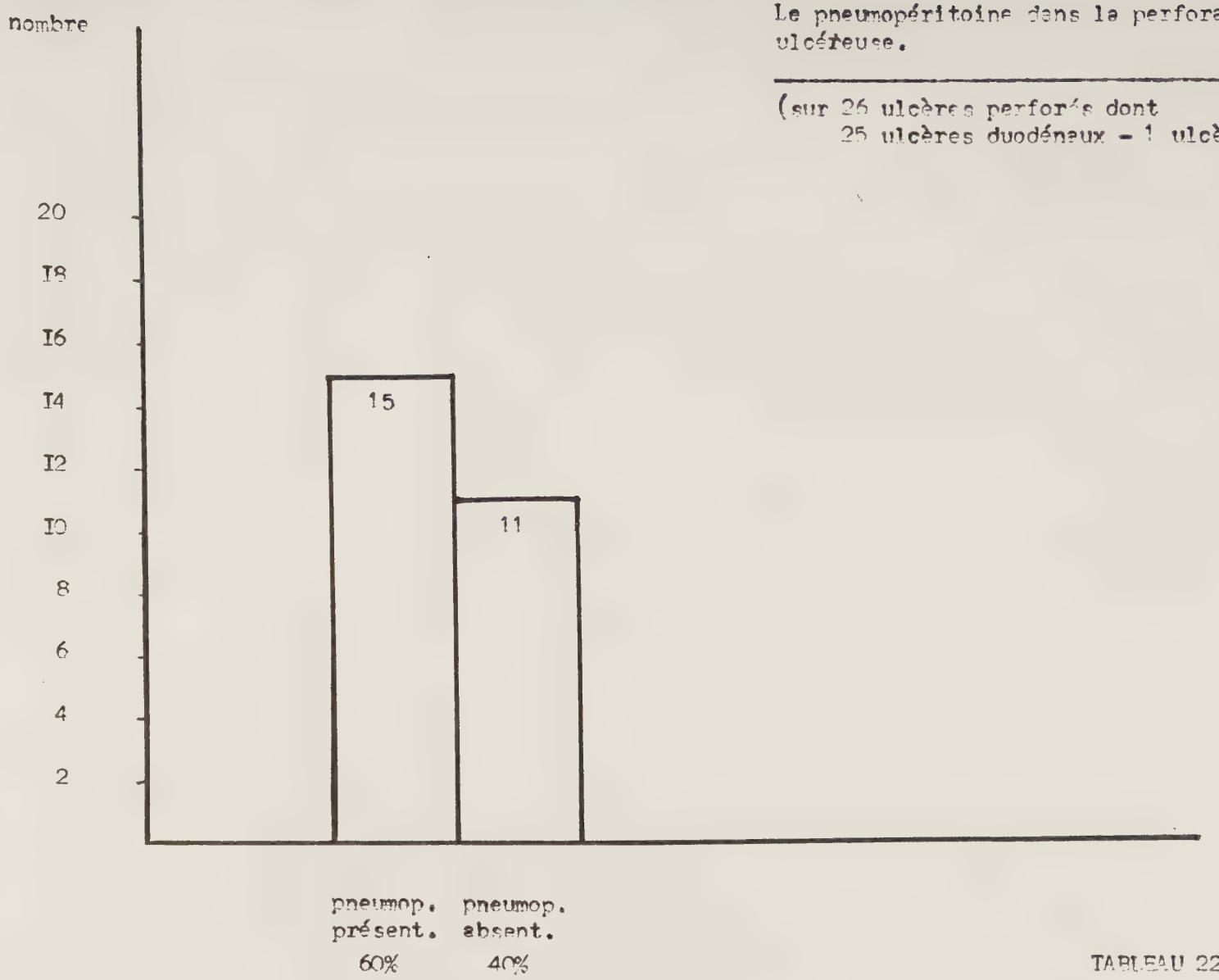


TABLEAU 22

Les tubages gastriques avec dosage de l'acidité libre dans l'ulcère duodénal.

(sur 160 cas) après stimulation { histamine / insuline

PRE - OPERATOIRE

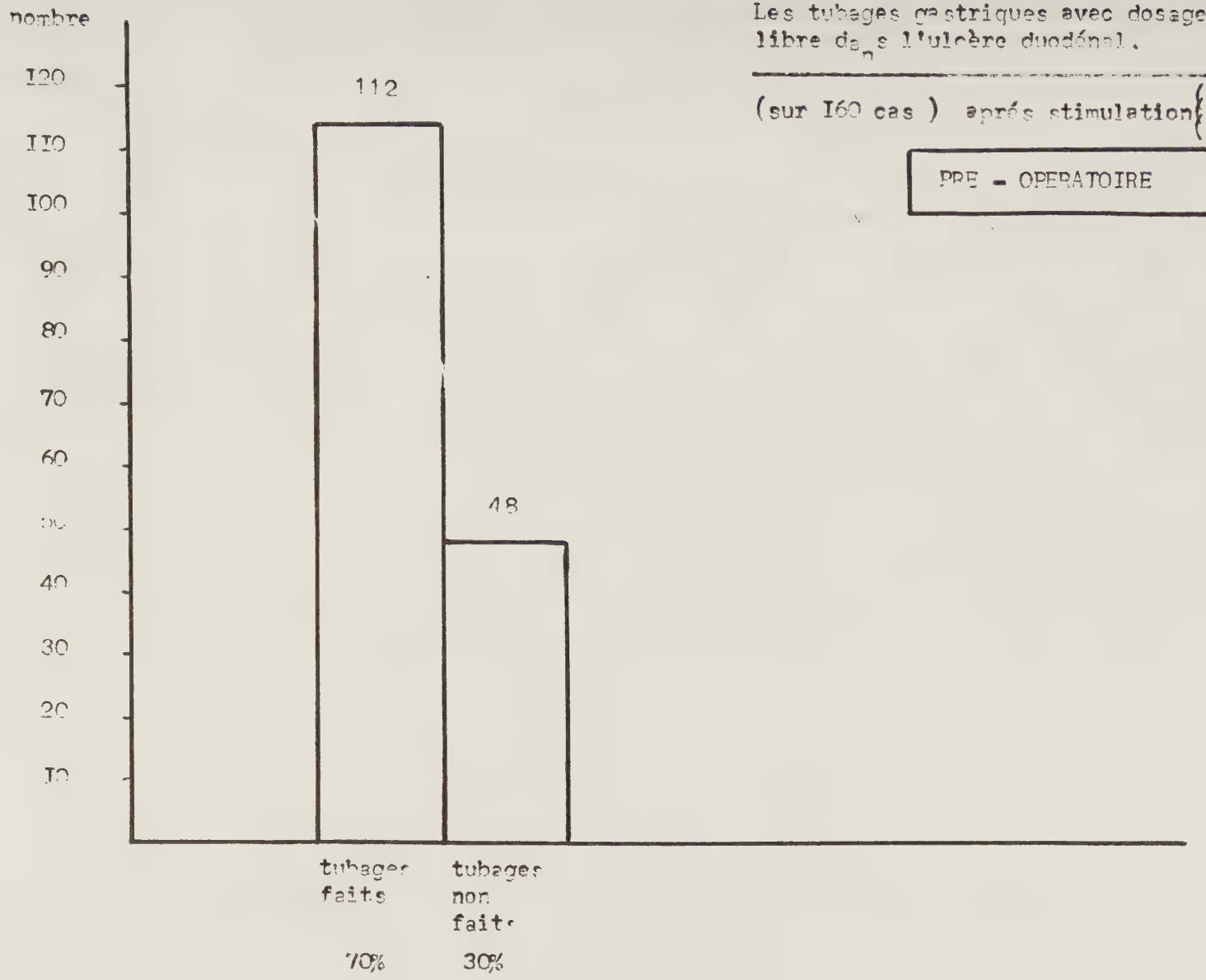


TABLEAU 23

Acidité libre pré-opératoire après stimulation à l'INSULINE.

(sur 160 ulcères duodénaux dont 112 étudiés par tubage)

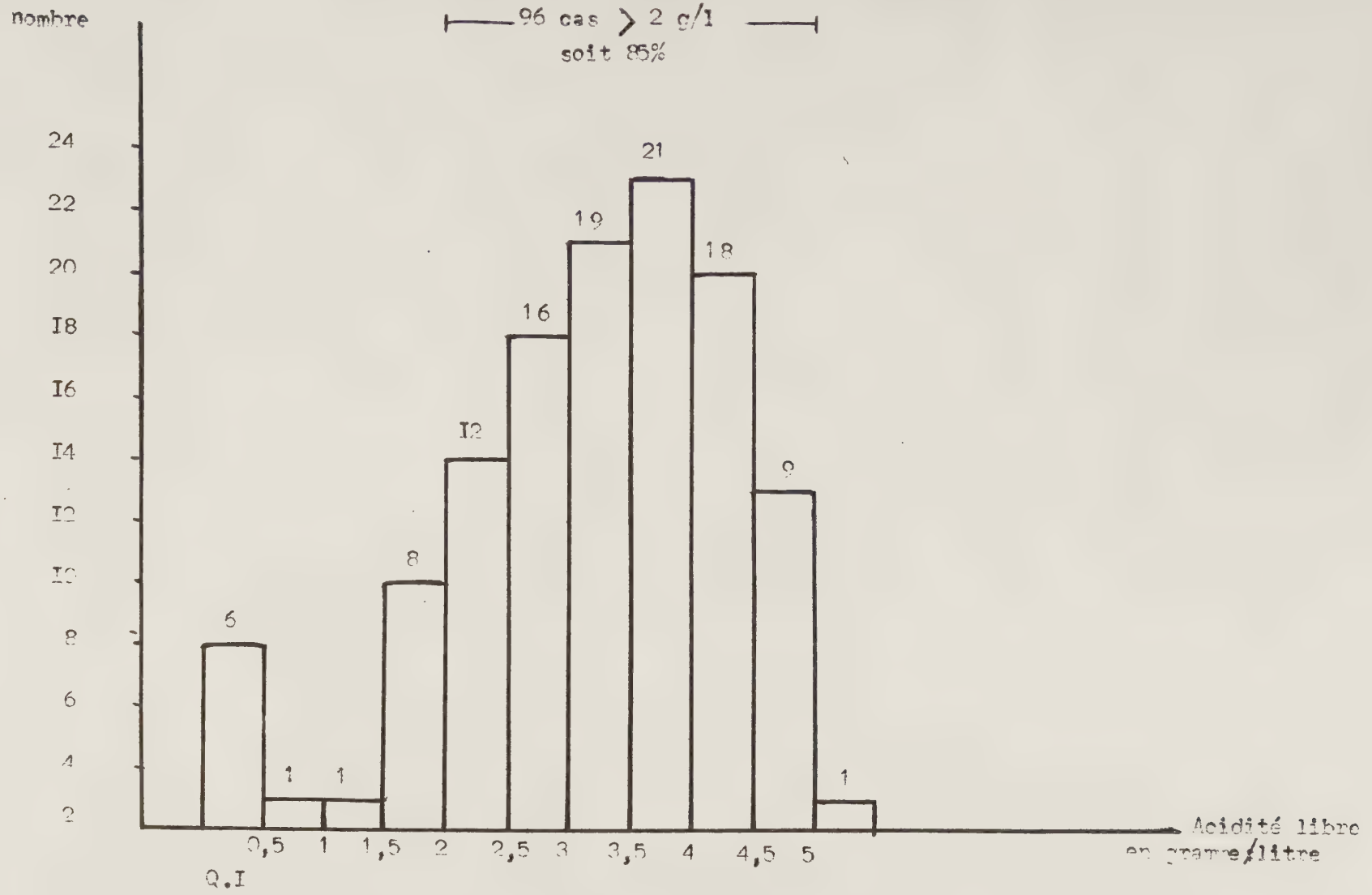


TABLEAU 24

B/ Test à l'histamine

Le dosage de l'acidité libre révèle des résultats comparables. Dans 92 cas on note une hyperacidité supérieure à 2 g/litre (82 %) avec 49 cas supérieurs à 3,5 g (43 %). (Tableau 25).

LES CONSTATATIONS OPERATOIRES

A/ Dans les ulcères duodénaux

Dans 114 cas nous avons constaté un ulcère de la face antérieure du premier duodénum (71 %). Dans 9 cas (7 %) il s'agissait d'un ulcère du bord postéro-supérieur de D 1. Dans 22 cas (13 %) l'ulcère était post-bulbaire. Enfin dans 15 cas (9 %) nous avons constaté un ulcère perforé bouché : 3 fois dans le foie, 1 fois dans la vésicule, 11 fois dans le pancréas (Tableau 26).

B/ Dans l'ulcère peptique

19 fois (47 %) nous avons constaté un ulcère peptique évident. 12 fois nous avons trouvé une sténose anastomotique (30%). 1 fois nous avons constaté que la vagotomie avait été incomplète (3%). Dans 7 cas nous avons trouvé des lésions prédominantes de gastrite (17 %). Dans un cas (3%) nous avons constaté des lésions de pancréatite chronique. (Tableau 27).

LA TECHNIQUE OPERATOIRE

Les 200 hémigastrectomies se sont terminées par une anastomose gastroduodénale type PEAN. 152 fois l'anastomose a porté sur le premier duodénum (75 %). 48 fois (25 %) l'anastomose a porté sur la face antérieure de D.2 (Tableau 28).

A/ Dans l'ulcère duodénal

Dans 118 cas nous avons pratiqué avec la vagotomie une hémigastrectomie PEAN avec anastomose sur D 1 (73%). Dans 42 cas la

Acidité libre pré-opératoire après stimulation à l'HISTAMINE

(sur 160 ulcères duodénaux dont 112 étudiés par tubage)

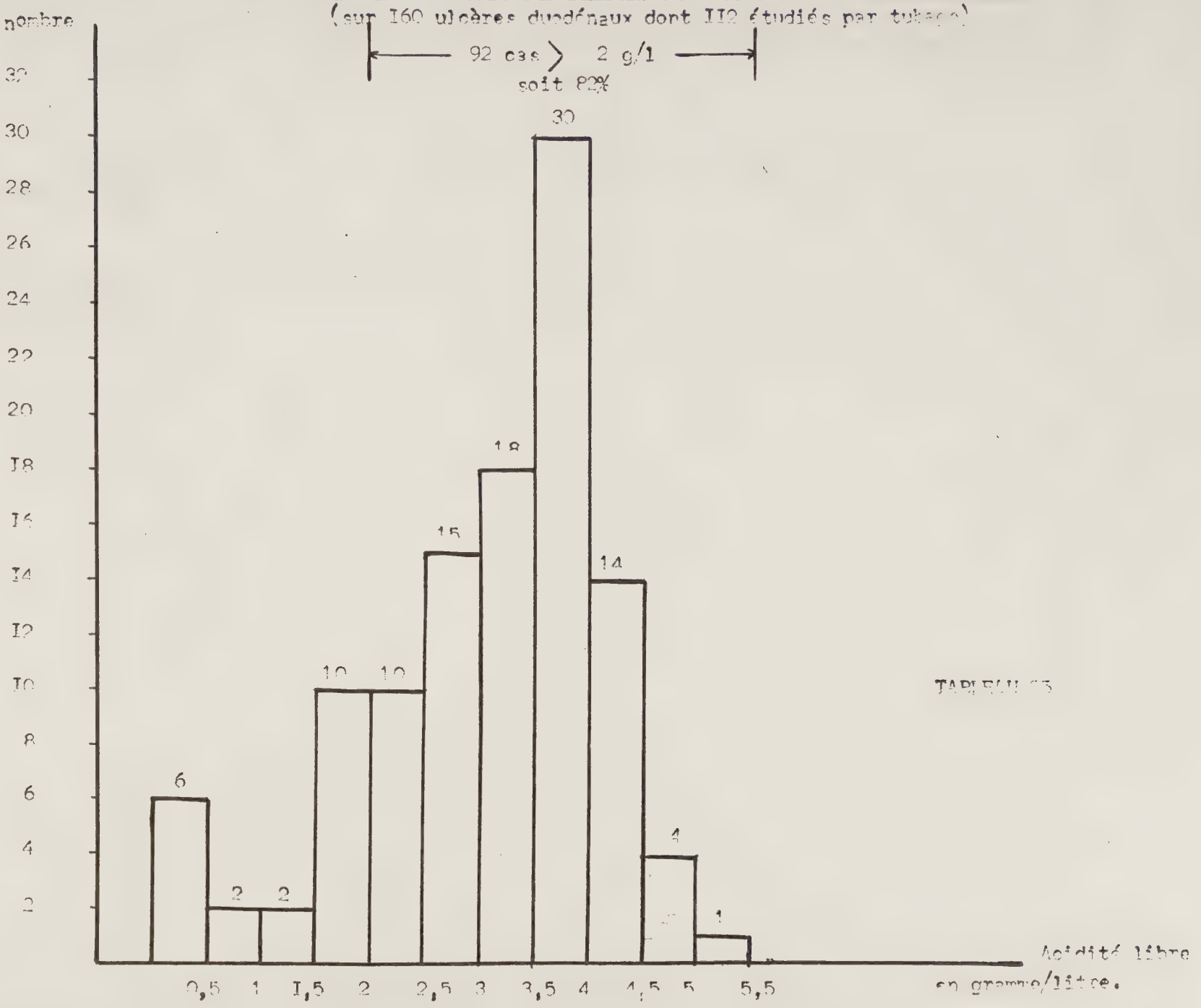


TABLEAU 13

Les constatations opératoires

(sur 160 ulcères duodénaux)

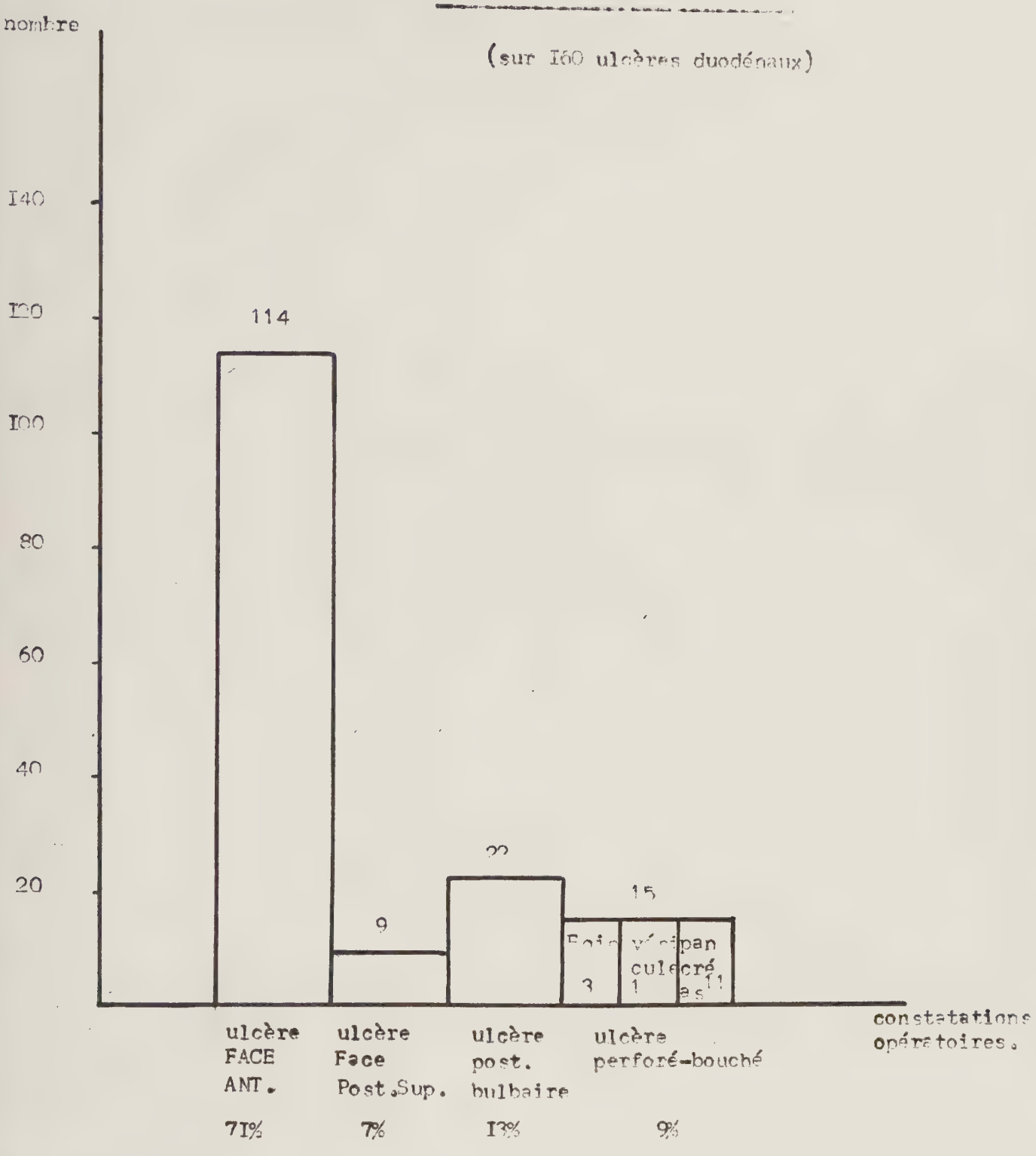


TABLEAU 26

Les constatations opératoires dans les ulcères pentiques.

(sur 40 cas)

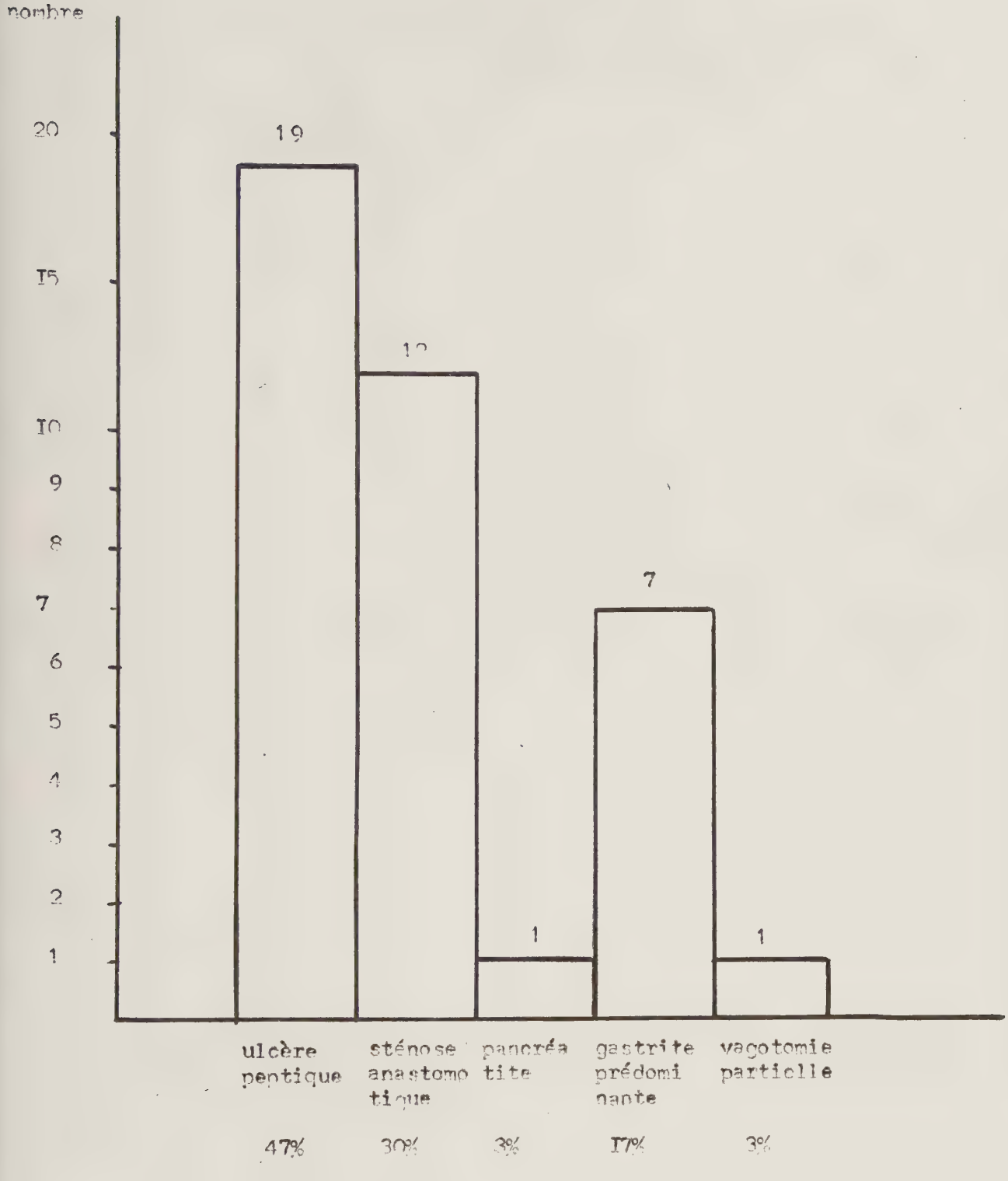


TABLEAU 27

La technique opératoire sur 200 hémigastrectomies avec vagotomie.

(160 ulcères duodénaux
  40 ulcères peptiques)

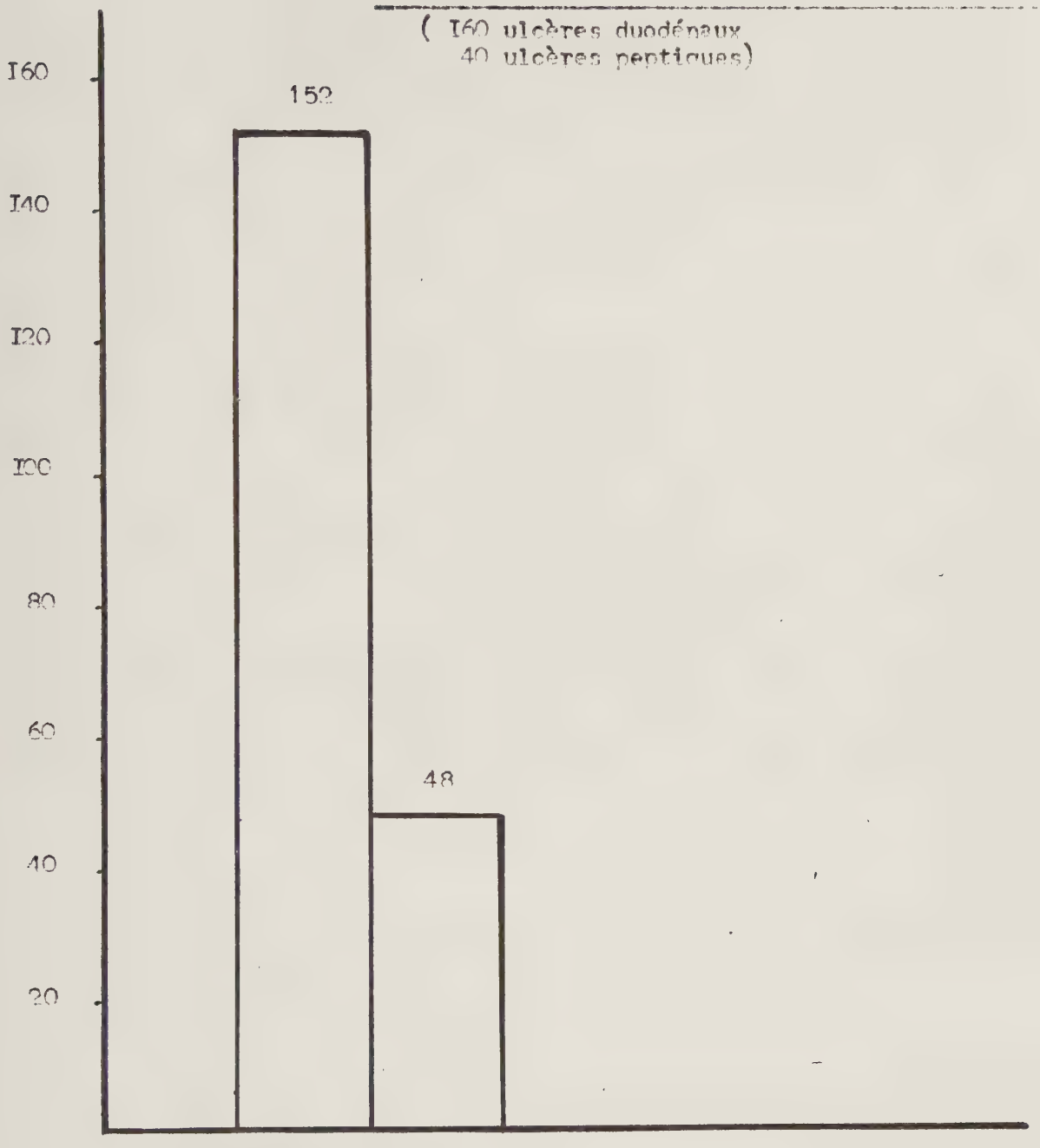


TABLEAU 28

mauvaise qualité du duodénum nous a conduit à une anastomose gastroduodénale à la face antérieure de D 1 selon la technique décrite par le Pr.LATASTE (27 %).

143 fois (sur les 160 ulcères duodénaux opérés soit 89 %) nous avons pu réaliser l'éxérèse complète de l'ulcère.

Dans 5 cas la section duodénale a été très proche de la zone ulcéreuse, voire même a dû la traverser (3%). Enfin nous avons dû nous résoudre à une gastrectomie pour exclusion dans 12 cas (8%) (Tableau 29).

B/ Dans l'ulcère peptique

Dans tous les cas nous avons pu pratiquer une dégastrogastrectomie PEAN avec vagotomie. Dans 34 cas (85%) l'anastomose gastroduodénale a été réalisée avec D1. Dans 6 cas l'anastomose a dû porter sur la face antérieure de D 2 (15%) (Tableau 30).

INTERVENTIONS ASSOCIEES

Dans tous les cas, comme nous l'avons déjà signalé, nous avons reconstitué l'angle de HISS pour prévenir le reflux gastro - oesophagien.

Dans 4 cas nous avons pratiqué une cholécystectomie associée pour lithiase vésiculaire.

Dans 2 cas (Mme ATT.. obs. 54; Mme JEG.. obs.67) à la suite d'une brêche splénique au cours de la vagotomie, nous avons dû faire l'éxérèse de la rate.

2 malades ont bénéficié d'une cure de hernie diaphragmatique dans le même temps opératoire. (Obs.123 et 156).

La technique opératoire sur
160 hémigastrectomie avec vagotomie pour ulcère duodénal.

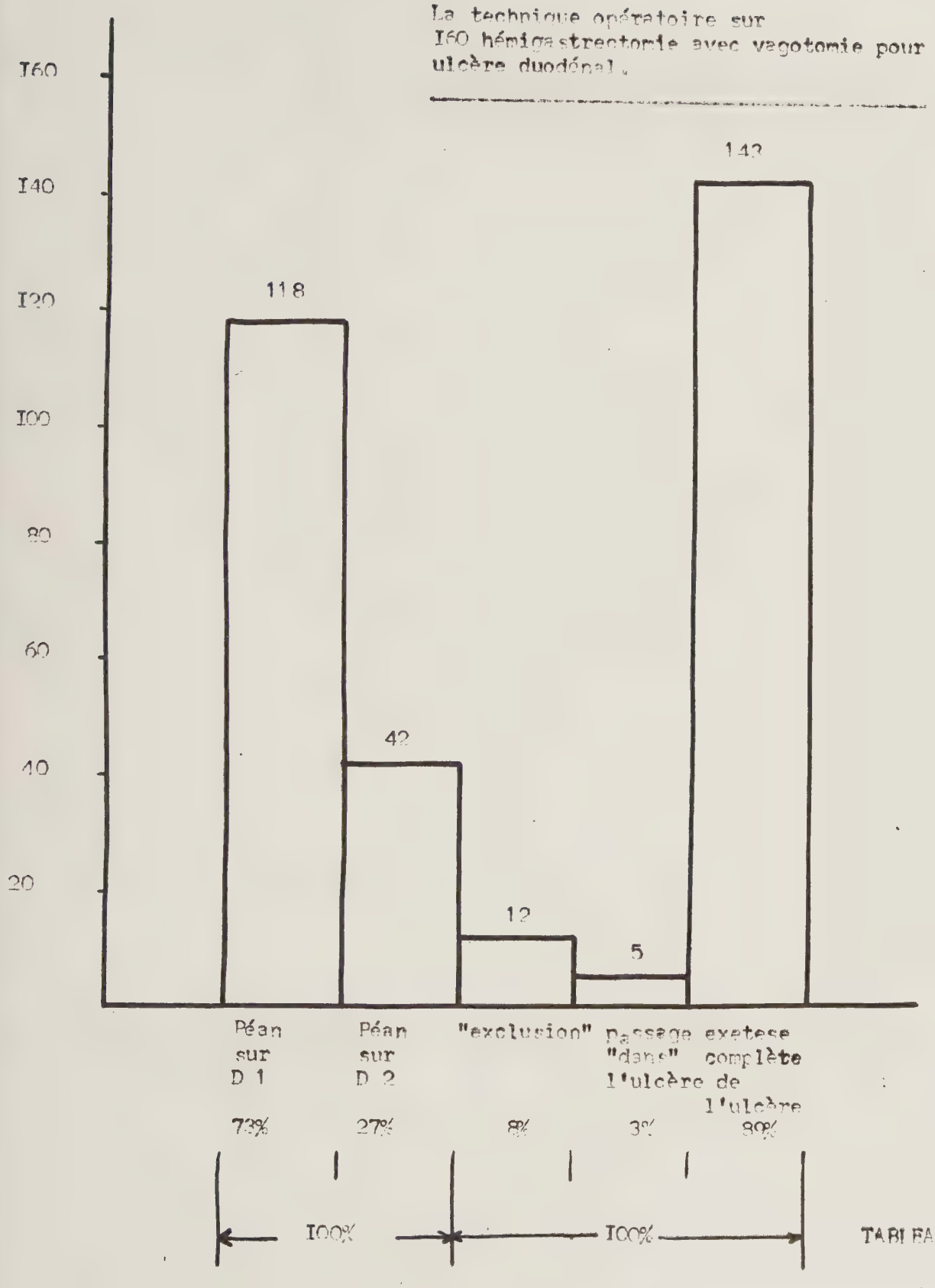


TABLEAU 29

La technique opératoire sur 40 hémigastrectomies avec vagotomie pour ulcères peptiques.

TABLEAU 30

Dans un cas (Obs. 163) nous avons découvert un empierrement cholédocien qui a nécessité une anastomose hépatico-jéjunale.

SUITES OPERATOIRES

Dans les suites opératoires les malades ont été soumis
- d'une part aux tests fonctionnels d'étude de l'acidité gastrique
- d'autre part à l'examen radiographique.

A/Les tests d'acidité gastrique

Dans l'ulcère duodénal, sur 160 cas, les tests ont été pratiqués 121 fois soit dans 75 % des cas. (Tableau 31).

1) Après stimulation à l'insuline (tableau 32) nous avons constaté une acidité gastrique libre inférieure à 2 g/litre dans 120 cas soit dans 9.9 % des cas, témoignant par là de l'efficacité de la vagotomie complète. (L'importance de la valeur fonctionnelle de ce test est soulignée par l'observation 118 : hémigastrectomie Péan avec vagotomie.

La stimulation insulinique post-opératoire a révélé un taux d'acidité libre à 3,50 g. La vagotomie thoracique complémentaire a ramené ce taux à 0,50 g.)

2) Après stimulation à l'histamine (tableau 33) nous avons constaté une acidité libre inférieure à 2 g/litre chez 115 malades soit dans 95 % des cas.

B/ Examen radiographique

Les opérés ont été soumis à partir du 14° jour à un transit baryté gastroduodénal qui nous a permis de vérifier le bon fonctionnement de l'anastomose.

Nous avons constaté des signes radiographiques de stase dans 55 cas (27%); avec cependant des passages duodénaux considérés comme corrects.Jamais il n'a été nécessaire de prolonger ou de rétablir l'aspiration gastrique.

Les tubages gastriques avec dosage de l'acidité libre dans l'ulcère duodénal avec stimulation (histamine / insuline

(sur 160 ulcères duodénaux)

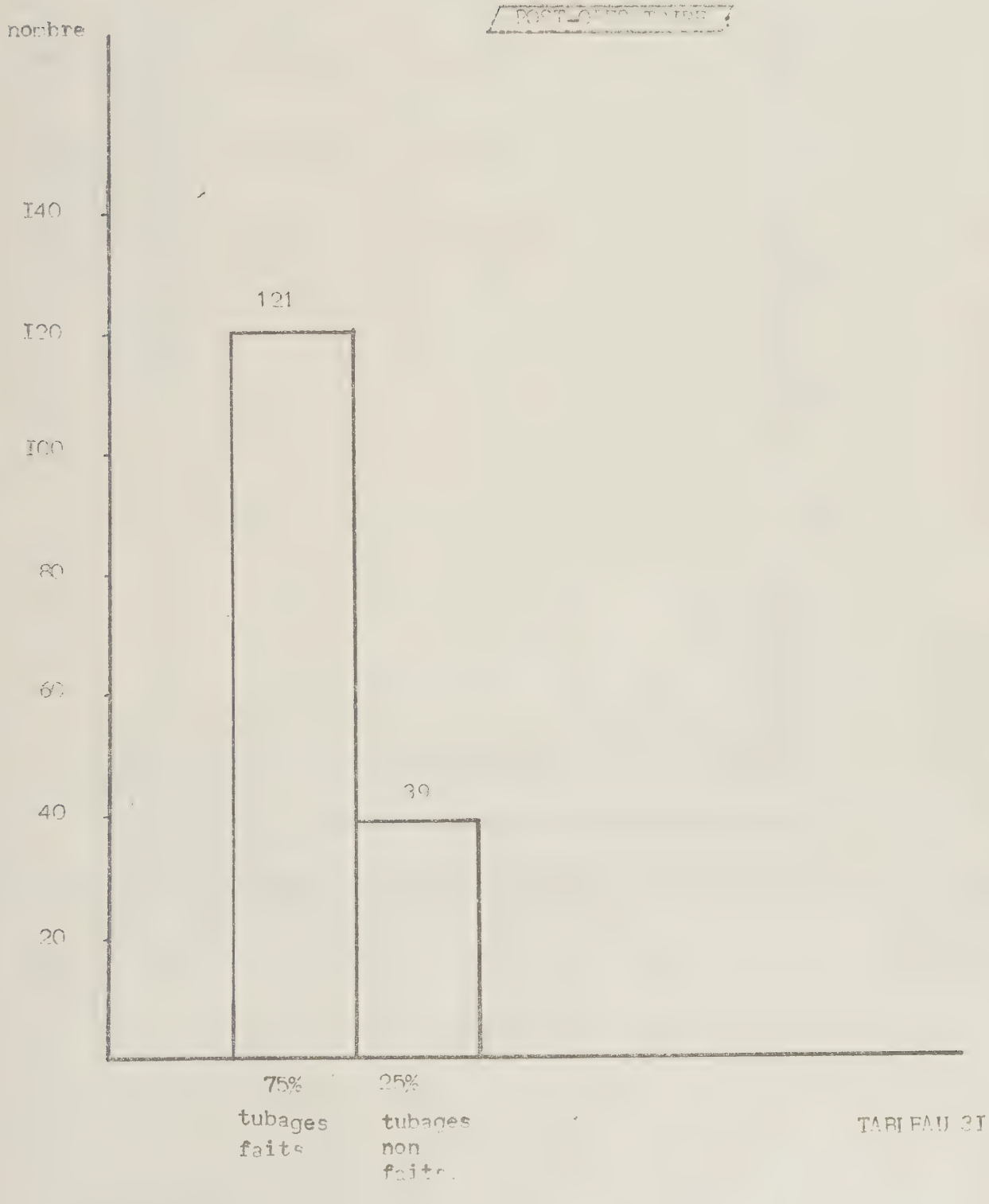


TABLEAU 31

Acidité libre post-opératoire après stimulation à l'INSULINE

(sur 160 ulcères duodénaux dont 121 étudiés par tubage)

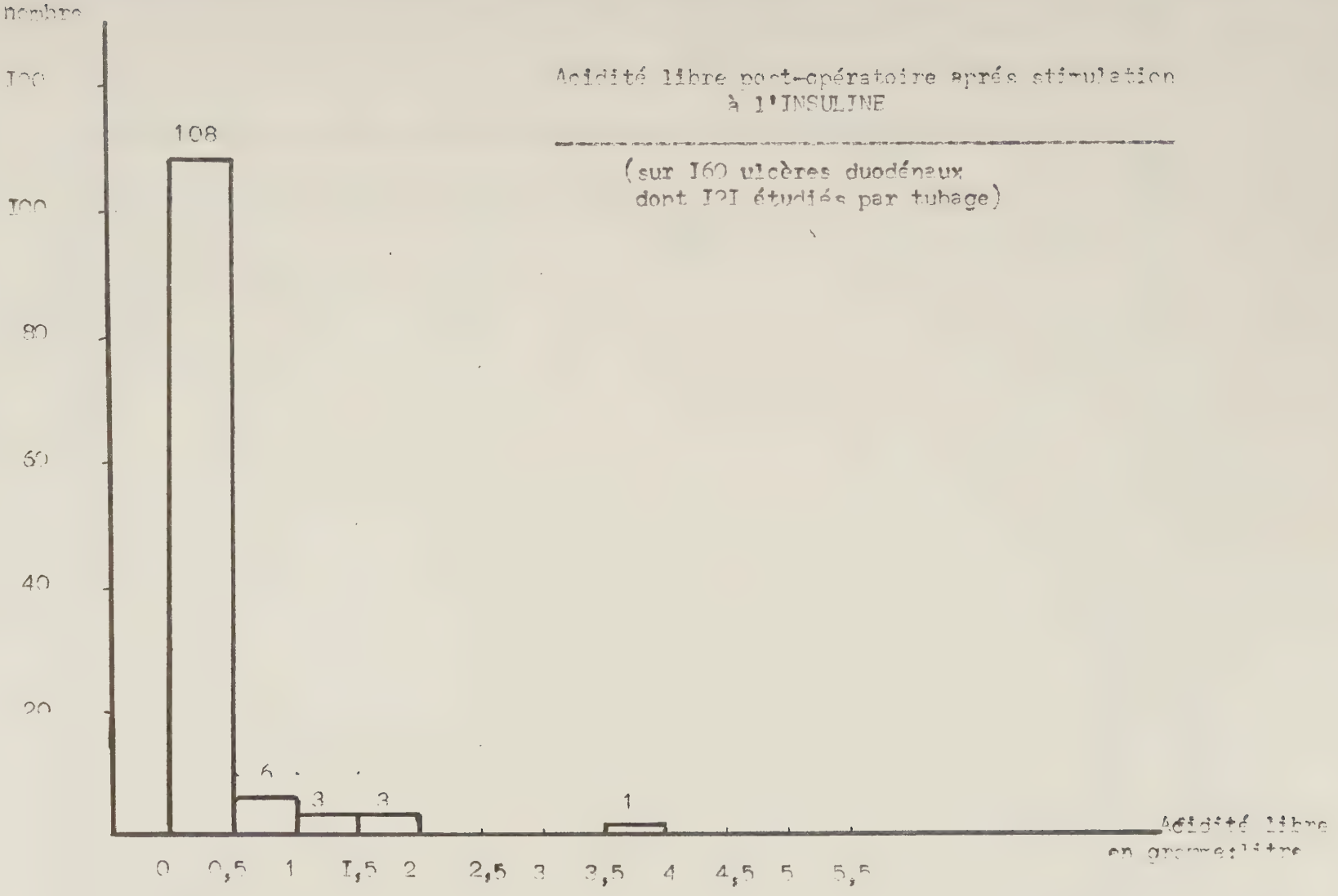


TABLEAU 32

← 100 cas 2 o/3 soit 90% →

Acidité libre post-opératoire aprés stimulation
à l'HISTAMINE

(sur 160 ulcères duodénaux)
dont 121 étudiés par tubage)

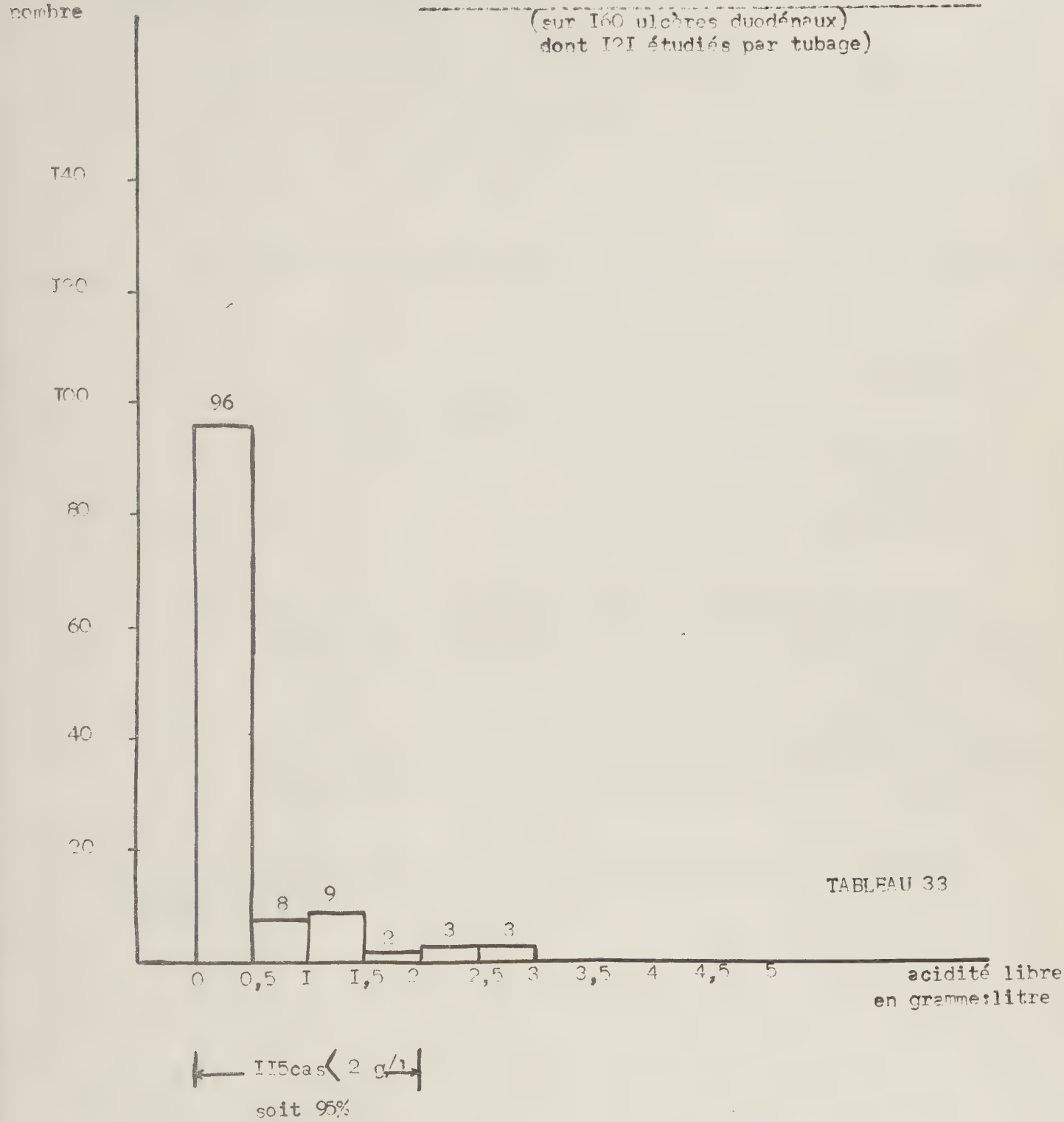


TABLEAU 33

D'ailleurs nous avons été frappéspar le caractère paradoxal de la bonne tolérance d'une stase radiographiquement importante.

COMPLICATIONS POST OPERATOIRES

Nous avons relevé sur 200 hémigastrectomies 2 décès (1%) et 18 complications post-opératoires (9%). (Tableau 34).

Sur les 160 ulcères duodénaux nous avons observé 13 complications soit 8 %

Sur les 40 ulcères peptiques nous avons observé 5 complications soit 12 %

Les deux décès sont en rapport avec des ulcères duodénaux.

A/ La mortalité (tableau 35)

Le taux de mortalité dans la série des 200 malades que nous avons opérés se chiffre à 1 %. Nous avons en effet dénombré 2 cas.

Obs. 78 - Mr. TAH. 38 ans Ulcère post-pylorique hémorragique Acidité : insuline 4,26 g‰. Histamine : 4,09 g o/oo Hémigastrectomie Péan avec vagotomie. Diarrhée post opératoire incoercible. Collapsus irréversible au 6° jour.

Obs. 54 - Mme ATT.. 68 ans. Antécédents hydrothorax traité encore par corticoïdes. Ulcère duodénal hémorragique.Hémigastrectomie Péan avec vagotomie. Splénectomie de nécessité par plaie per opératoire de la rate. Arrêt cardiaque au 3° jour.

Les autres décès que nous avons dénombrés plus haut n'ont eu aucun rapport avec l'intervention digestive que ces malades avaient subie.

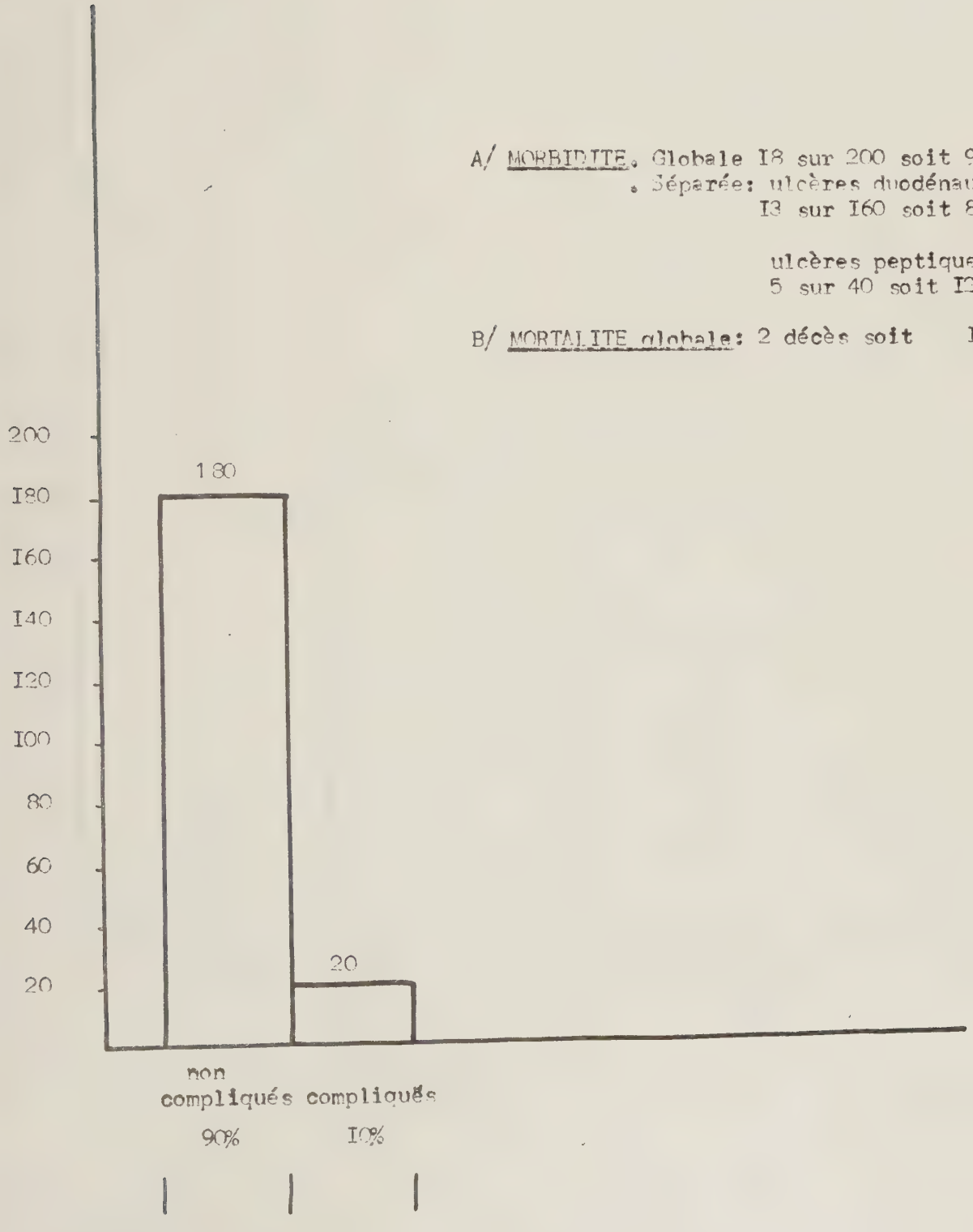
Les complications post-opératoires

(sur 200 hémigastrectomies avec vagotomie)

A/ MORBIDITE. Globale I8 sur 200 soit 9%
. Séparée: ulcères duodénaux
I3 sur I60 soit 8%

ulcères peptiques
5 sur 40 soit I2%

B/ MORTALITE globale: 2 décès soit I%



Complications post-opératoires

(sur 200 hémigastrectomies avec vagotomie)

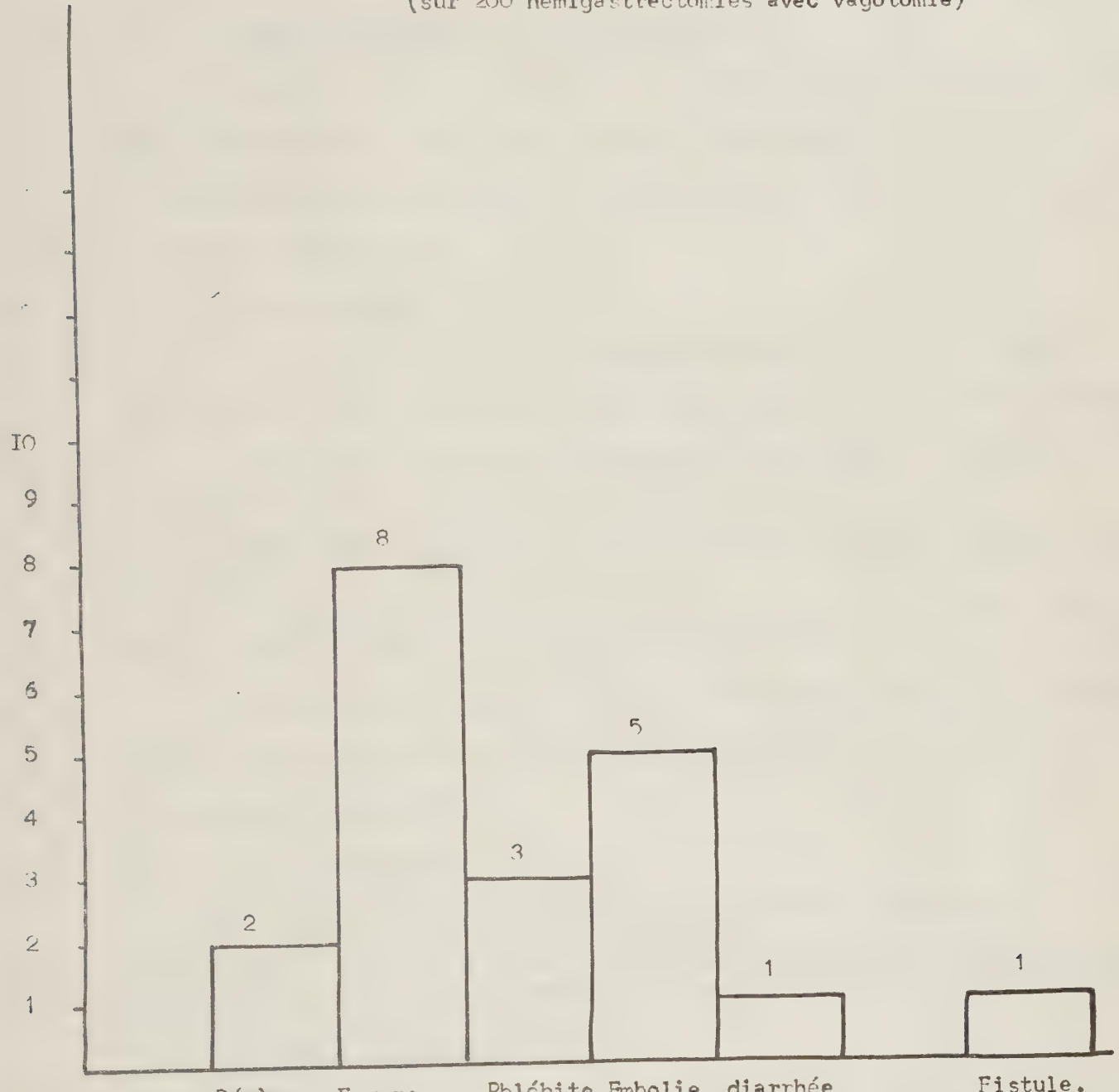


TABLEAU 35

B/ La morbidité (Tableau 35)

Le taux de complications post-opératoires dans la série des 200 hémigastrectomies avec vagotomie se chiffre à 9%. Nous avons en effet observé 18 complications post-opératoires non mortelles.

1) Complications pleuropulmonaires

8 malades (4 %) ont présenté des troubles pleuropulmonaires post-opératoires. Nous avons observé (tableau 36)

- 4 atélectasies, un pneumothorax spontané, 2 foyers pulmonaires, un cas de tuberculose.

a) Atélectasie

M. KIC (Obs.50) 36 ans. Hémigastrectomie avec vagotomie abdominale. Foyer pulmonaire basal regressif après antibiothérapie.

M. DJE (Obs. 57) 31 ans. Vagotomie abdominale. Atélectasie lobe pulmonaire inférieur droit. Bons résultats.

M. DER (Obs. 33) 34 ans. Vagotomie abdominale. Atélectasie base droite. Bons résultats.

M. VIR (Obs. 13) 31 ans. Vagotomie abdominale. Atélectasie lobe inférieur droit. Assez bons résultats.

Ces quatre cas d'atélectasies sont apparus dans les premières heures post-opératoires et ont été rattachées le plus souvent à ' un accident d'anesthésie.

b) Pneumothorax

Nous avons observé un cas de pneumothorax spontané.

Mr. COL (Obs. 169) Hémigastrectomie avec vagotomie abdominale. Pneumothorax spontané modéré rapidement résolutif après exsufflation

c) Foyers pulmonaires

Mme GAL (Obs. 65) 73 ans. Vagotomie abdominale. Pneumopathie bilatérale nécrosante (passage en pneumo)

Mr. HAD (Obs. 199) 44 ans. Ulcère peptique. Dégastrogastrectomie Péan avec vagotomie abdominale. Encombrement bronchique.

Complications pleuro-pulmonaires

POST-OPERATOIRES
(8 cas)

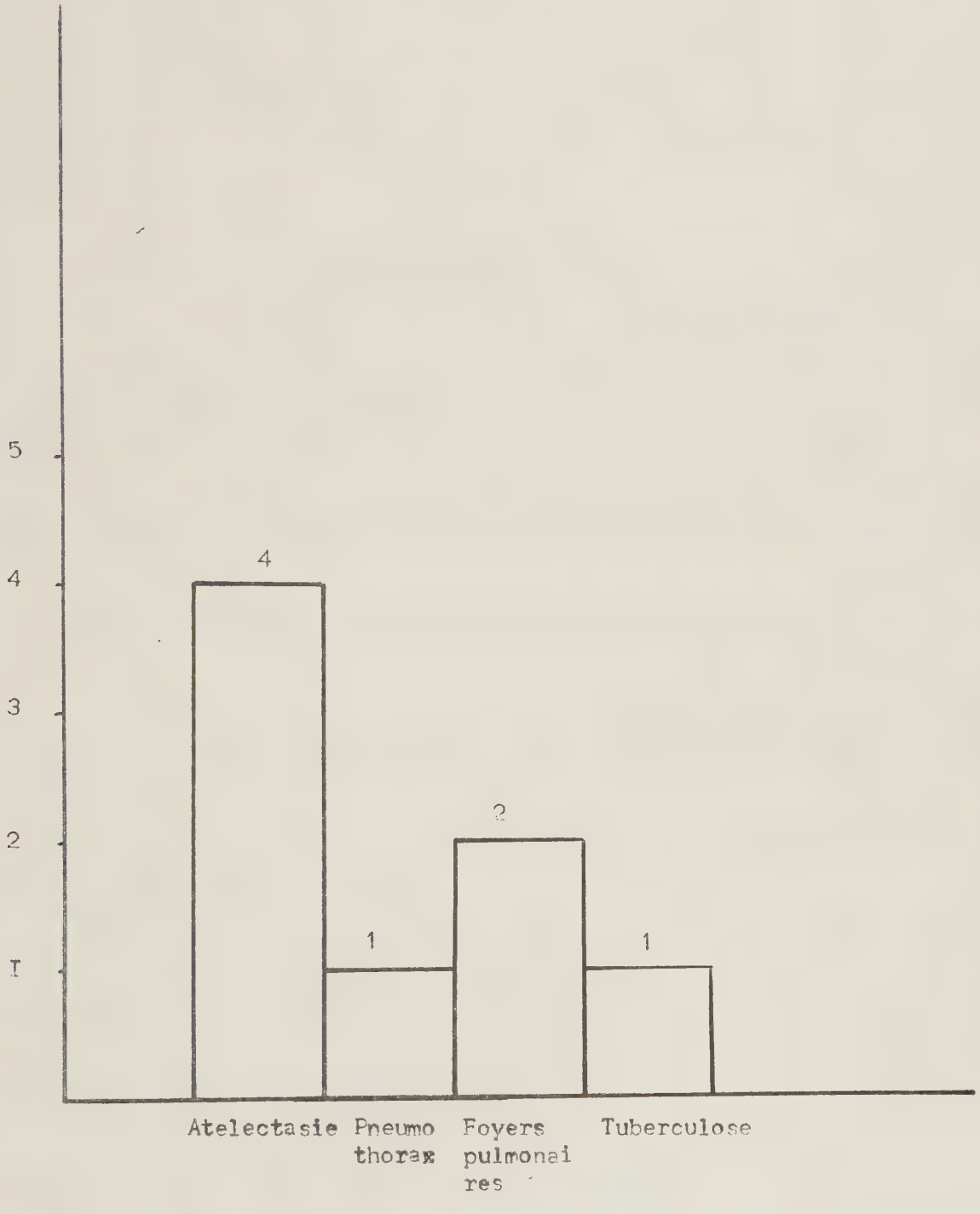


TABLEAU 36

d) Tuberculose

Mr. HOC (Obs. 160) 47 ans. Transplanté. Ulcère peptique Dégastrogastrectomie Péan (après gastroentérostomie et vagotomie réalisée 8 ans auparavant). Découverte d'une tuberculose pulmonaire en post-opératoire. Bons résultats. Traitement antibacillaire.

En conclusion

Nous avons observé 8 complications pleuropulmonaires. Aucun de ces malades n'avait eu d'abord thoracique pour la vagotomie. Ces complications n'ont en aucune façon modifié le résultat de l'intervention sauf dans le cas de Mme GAL. (Obs. 65) qui devait décéder d'une pneumopathie nécrosante bilatérale un mois après l'intervention.

2) Complications thromboemboliques

Nous avons dénombré 3 cas de phlébite des membres inférieurs

Mme TRO (Obs. 36) 53 ans. Hémigastrectomie avec vagotomie pour ulcère duodénal hémorragique. Phlegmatia Coerulea 9 jours après l'intervention. Mise au traitement héparinique. Décédée 2 mois après l'opération dans un tableau d'insuffisance rénale.

Mr. JAC (Obs. 73) 63 ans. Ulcère duodénal rebelle au traitement médical. Phlébite surale droite au 8° jour. Bons résultats après héparine.

Mr. ARE (Obs. 185) 40 ans. Dégastrogastrectomie Péan. Phlébite surale droite. Très bons résultats après héparine.

Nous avons pu également observer 5 cas d'embolie pulmonaire.

Dans 4 cas les malades avaient subi une hémigastrectomie avec vagotomie abdominale. Le cinquième avait eu une dégastrogastrectomie.

L'embolie pulmonaire a été traitée par héparine intraveineuse. Aucune n'a été mortelle.

- M. GEN (Obs.55) Embolie pulmonaire au 3° jour (P X) très bon résultat après 2 ans
- M. RUZ (Obs. 98) Embolie pulmonaire au 5° jour (P X) très bon résultat après 8 ans
- M. GOB (Obs.129) Embolie pulmonaire au 7° jour (P X) très bon résultat après 8 ans
- M. GRA (Obs. 134) Embolie pulmonaire au 9° jour (P X) très bon résultat après 6 ans
- M. DRI (Obs. 175) Embolie pulmonaire au 20° jour (D G P X) très bon résultat après 4 mois

Que ce soit dans le traitement des phlébites ou celui des embolies pulmonaires, l'héparine n'a entrainé aucune hémorragie gastroduodénale.

3) Fistule digestive

Nous n'avons relevé qu'un seul cas de fistule digestive.

Mr. LEG (Obs.195) 38 ans. Dégastrogastrectomie Péan pour ulcère peptique (gastroentérostomie 1 an auparavant). Fistule duodénale au 8° jour. Guérison spontanée après irrigation d'acide lactique. Très bons résultats au delà de 3 ans.

DUREE D'HOSPITALISATION

Dans 75 % des cas la durée d'hospitalisation a été inférieure à un mois avec 101 cas hospitalisés 3 semaines (50,5%). (Tableau 37)

D/LES RESULTATS

Les malades sont revus systématiquement au 2° mois post-opératoire puis au 6° mois, à la fin de la 1ère année, puis de la 2° année.

Sur les 200 malades de notre étude, 48 (24 %) ont été suivis personnellement par le Pr. LATASTE. Les 152 autres (76%) ont été sollicités par un questionnaire (Tableau 38) que nous leur avons demandé de renvoyer. Ce questionnaire était en réalité destiné aux opérés de plus de 2 ans d'évolution et que nous n'avions plus l'occasion de voir en consultation.

Nous avons reçu 64 réponses (42 %). 88 (58 %) n'ont pas répondu. Dans 45 cas le questionnaire n'a pas atteint son destinataire par suite de changement de domicile (tableaux 38 et 39)

Durée d'hospitalisation

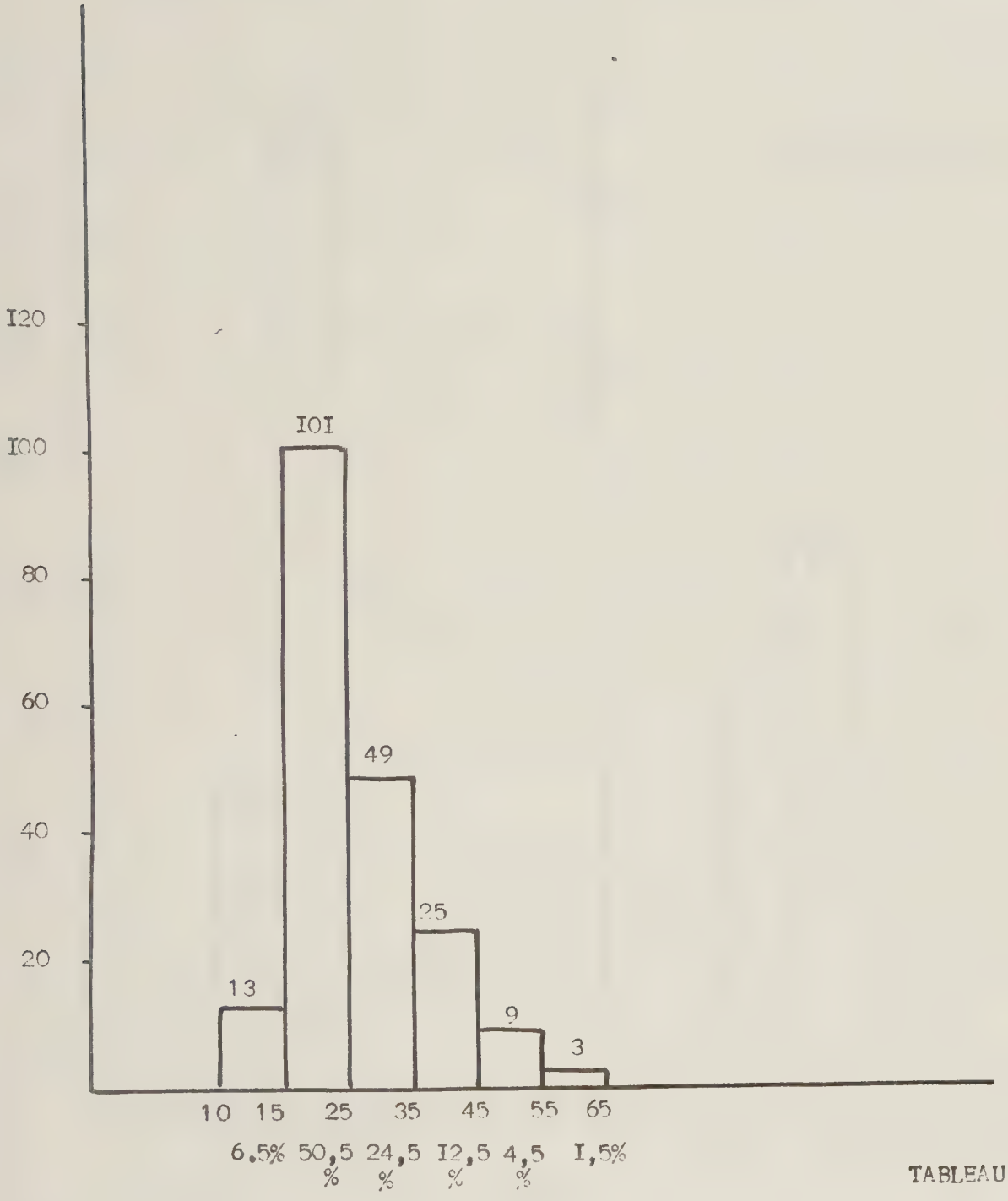
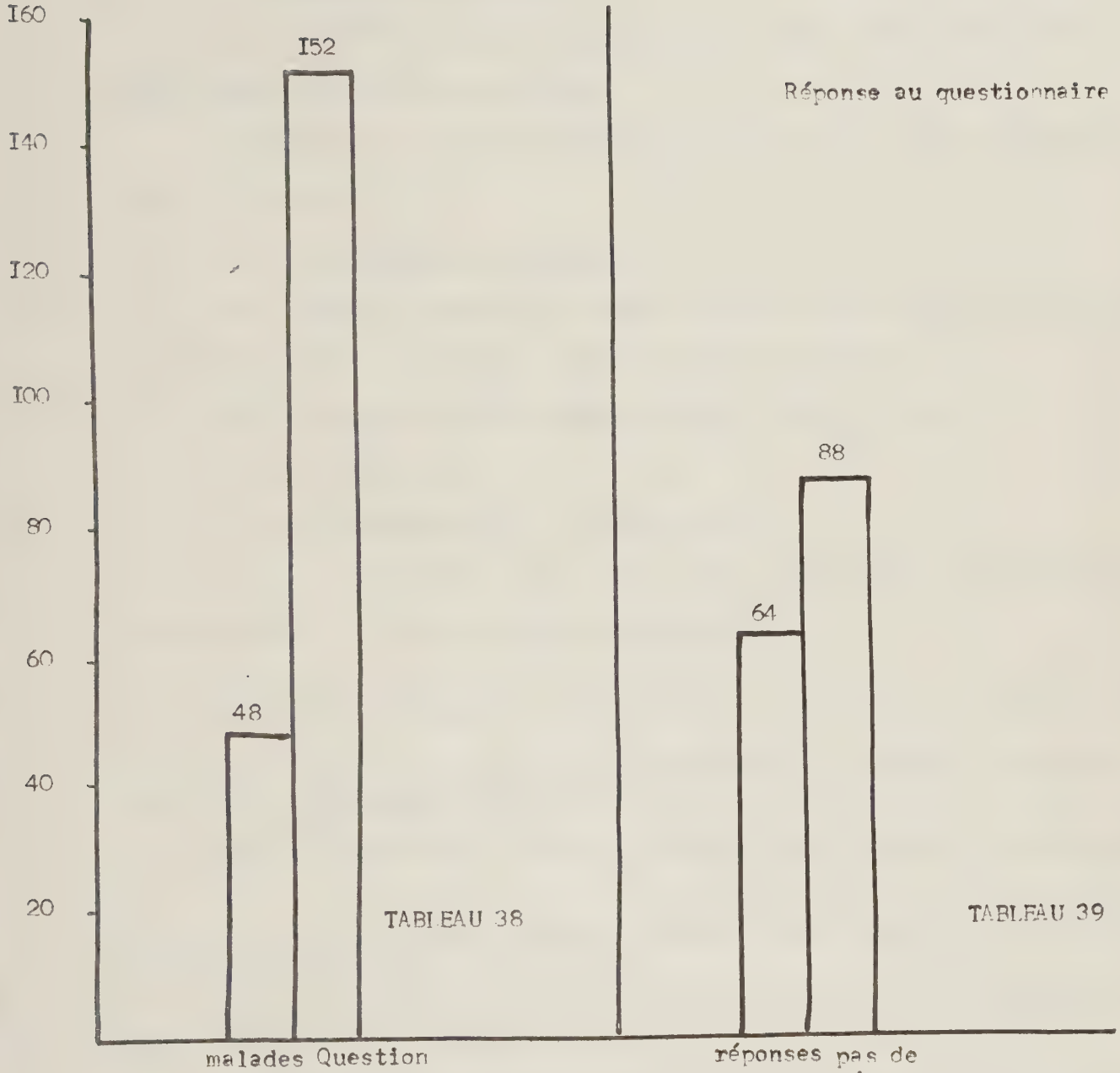


TABLEAU 37

Surveillance des malades



Parmi les réponses que nous avons reçues, 54 d'entre elles (84 %) provenaient de malades qui avaient subi une hémigastrectomie-vagotomie pour ulcère duodénal; 10 cas étaient liés à une dégastrogastrectomie pour ulcère peptique (Tableau 40).

1) L'évolution suivie

Sur les 200 hémigastrectomies que nous avons pratiquées 179 (89%) ont pu être suivies.

13 malades (6,5%) ont été perdus de vue; 8 sont décédés (4%). (Tableau 41).

a) Ulcères duodénaux

Les ulcères duodénaux opérés ont été suivis sur une période comprise statistiquement entre 1 mois et 10 ans.

144 malades ont été régulièrement suivis (90 %)

12 ont été perdus de vue (7%)

6 sont décédés (3%) (Tableau 42)

Parmi les 6 décès que nous avons dénombrés, aucun n'est en rapport avec le tractus gastroduodénal.

Mr. HEY (Obs.96) 63 ans. Décédé 2 ans après l'intervention d'un cancer du poumon.

Mr. CAS (Obs. 132) 60 ans. Décédé 3 ans après l'intervention par bronchite chronique.

Mr. GOU (Obs.148) 59 ans. Décédé 2 ans après l'intervention cause X

Mr. GEY (Obs.89) 58 ans. Décédé 6 ans après l'intervention d'une pneumopathie.

Mr. GAL (Obs.65) 73 ans. Décédé un mois après l'intervention de pneumopathie nécrosante.

Mr. TRO (Obs.36) 53 ans. Décédé 2 mois après l'intervention par insuffisance rénale aiguë.

b) Ulcère peptique

Les 40 ulcères peptiques que nous avons opérés et qui sont concernés dans cette étude ont été suivis sur une période de 1 mois à 10 ans.

a) Ulcères duodénaux

Répartition des réponses au questionnaire
entre ulcères duodénaux et ulcères peptiques

(64 réponses sur I52 questionnaires envoyés)

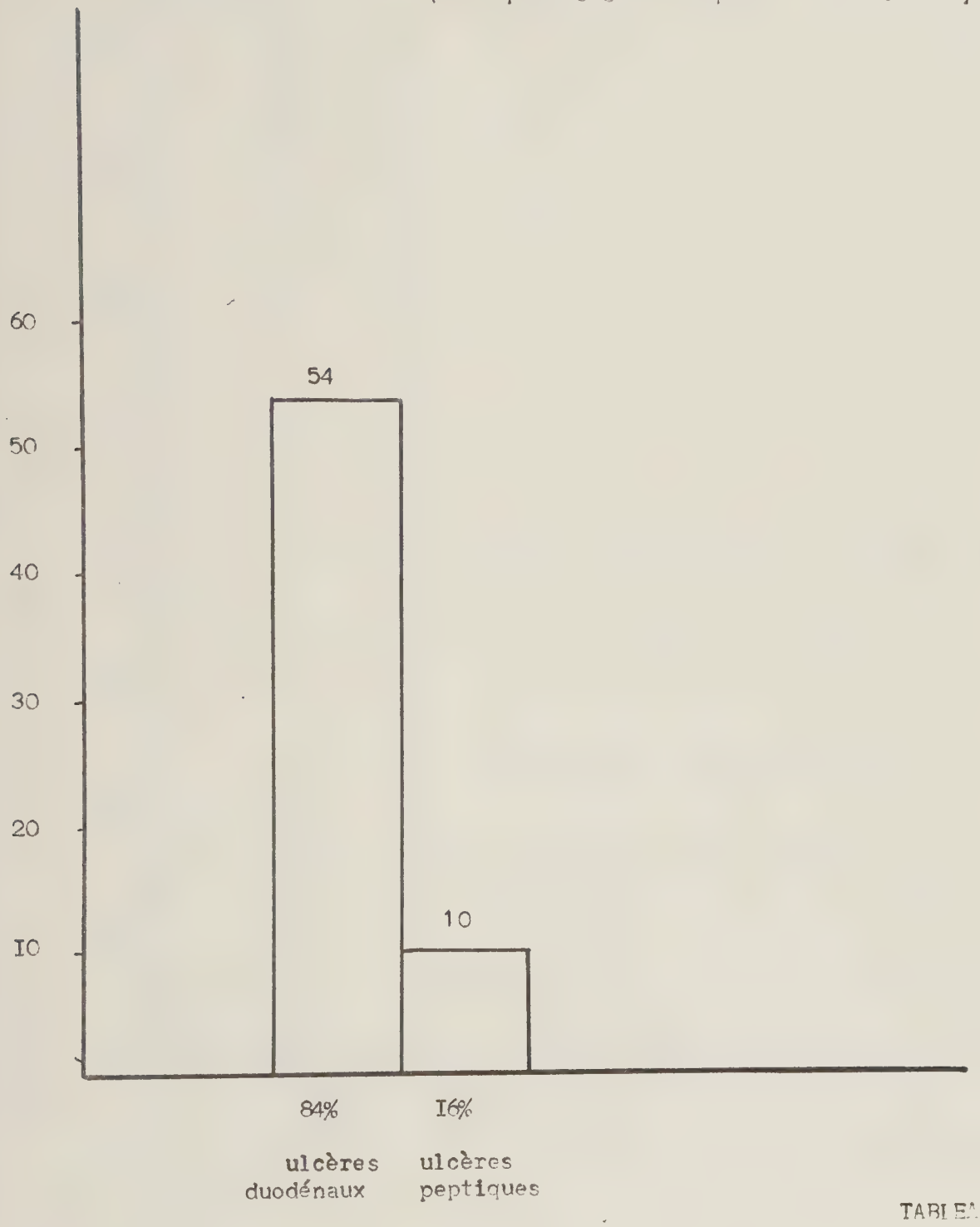


TABLEAU 40

Evolution suivie

(sur 200 hémigastrectomie avec vagotomie)

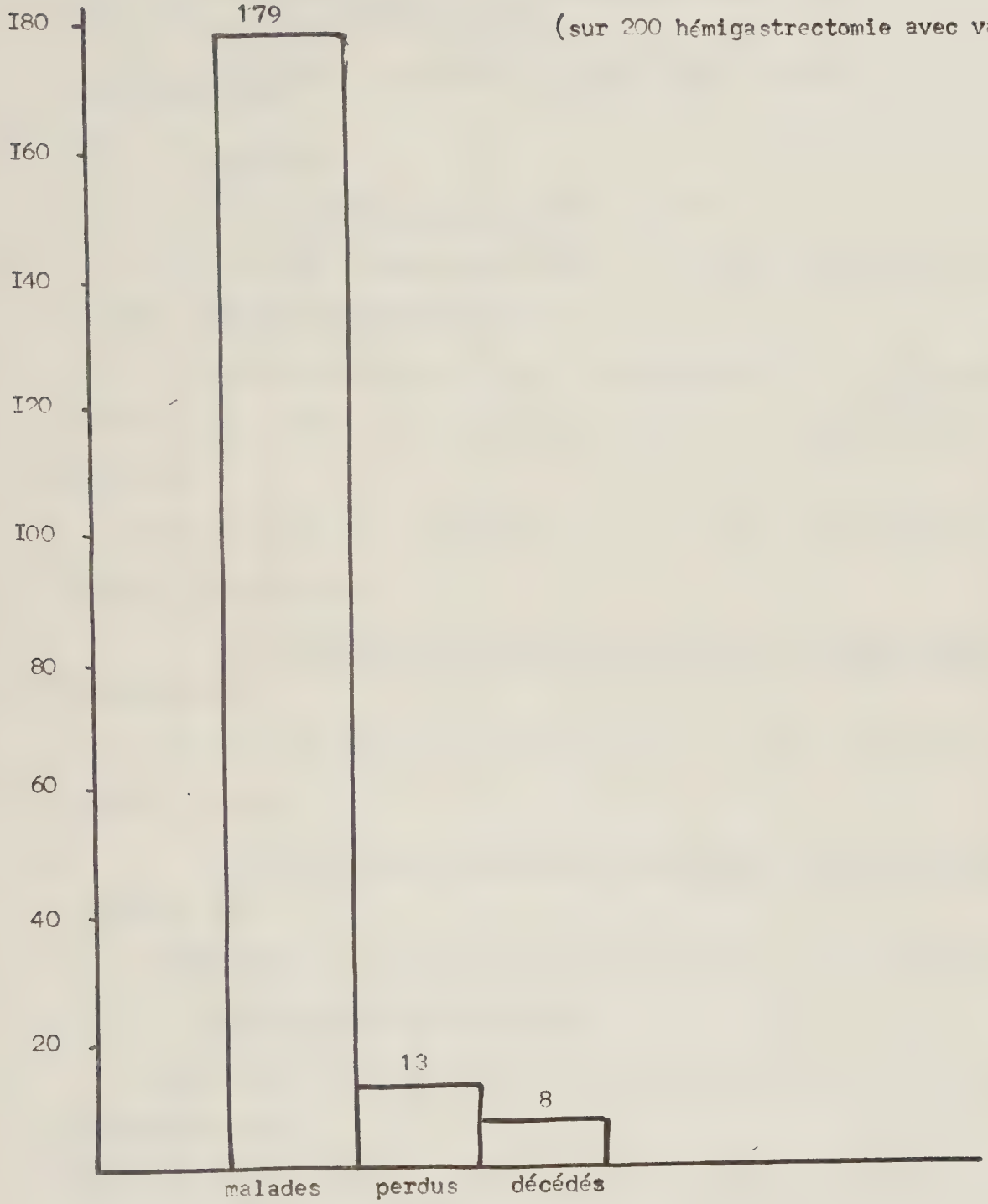


TABLEAU 4I

35 ont été régulièrement vus à la consultation (87 %); 3 ont été perdus de vue (7,5%); 2 sont décédés. (Tableau 43)

Mr. JEG (Obs. 67) 46 ans. Décédé 3 mois après l'intervention d'un cancer pancréatique.

Mr. RAM (Obs. 1) Décédé 4 mois après l'intervention d'un néo-gastrique.

2) Le recul

a) Le recul global (Tableau 44)

Sur les 200 hémigastrectomies, 179 ont été suivies au moment où nous rédigeons cette étude.

Cette surveillance s'étale globalement sur une période minimale de 3 mois post-opératoire jusqu'à 12 ans après l'intervention.

108 malades ont été suivis au delà de 2 ans, soit 60% des malades surveillés.

b) Le recul d'observation dans les ulcères duodénaux (Tableau 45).

144 cas ont été suivis de 3 mois à 12 ans. 94 cas (65 %) au delà de 2 ans.

c) Le recul d'observation dans les ulcères peptiques (Tableau 46)

35 malades ont pu être suivis dont 14 (40 %) au delà de 2 ans.

3) Les critères du résultat

Nous avons pris en considération 8 critères d'efficacité thérapeutique.

douleurs, vomissements, récidive hémorragique, état des selles, alimentation normale ou fractionnée, les troubles post-prandiaux, la prise de poids, la reprise du travail.

Evolution suivie dans les ulcères duodénaux

(sur I60 cas)

période comprise entre I mois de I0 ans

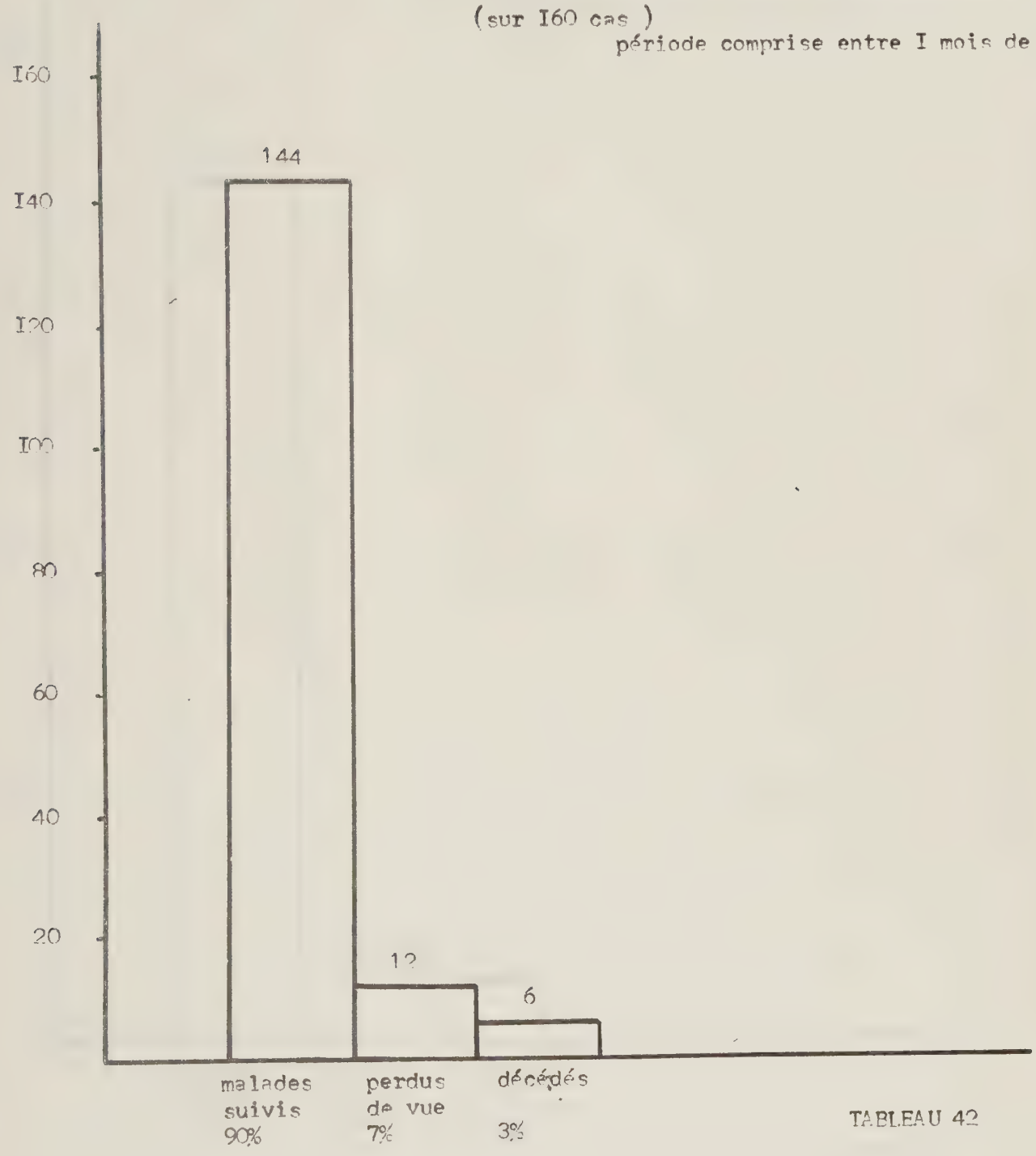


TABLEAU 42

Evolution suivie dans les ulcères peptiques

(sur 40 cas)

période comprise entre I mois de IO ans

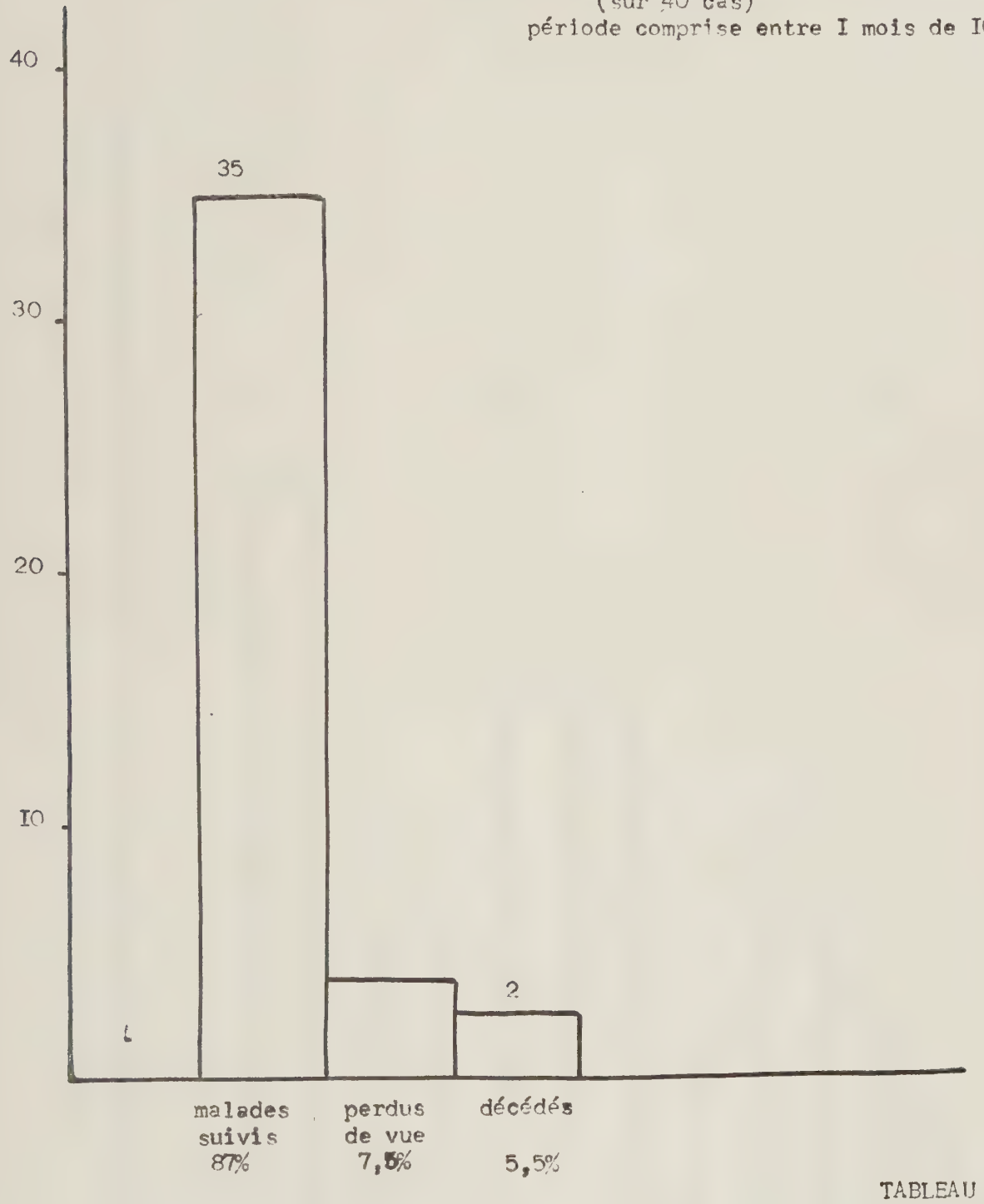


TABLEAU 43

Recul global sur 200 hémigastrectomie avec vagotomie

(sur I79 cas suivis.)

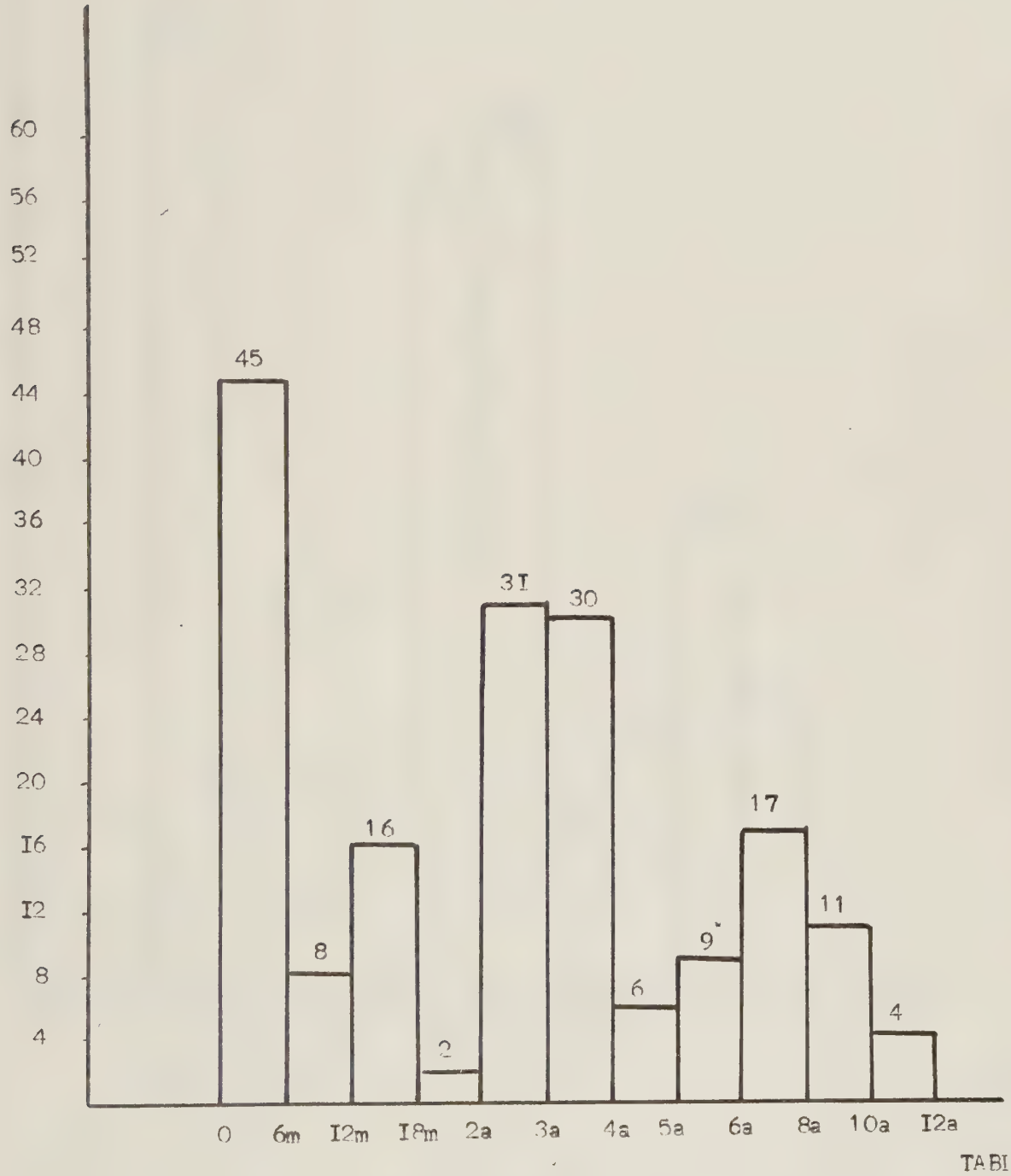


TABLEAU 44

I08 cas soit

60% des malades suivis.

Recul global dans les ulcères duodenaux

(sur I44 cas suivis)

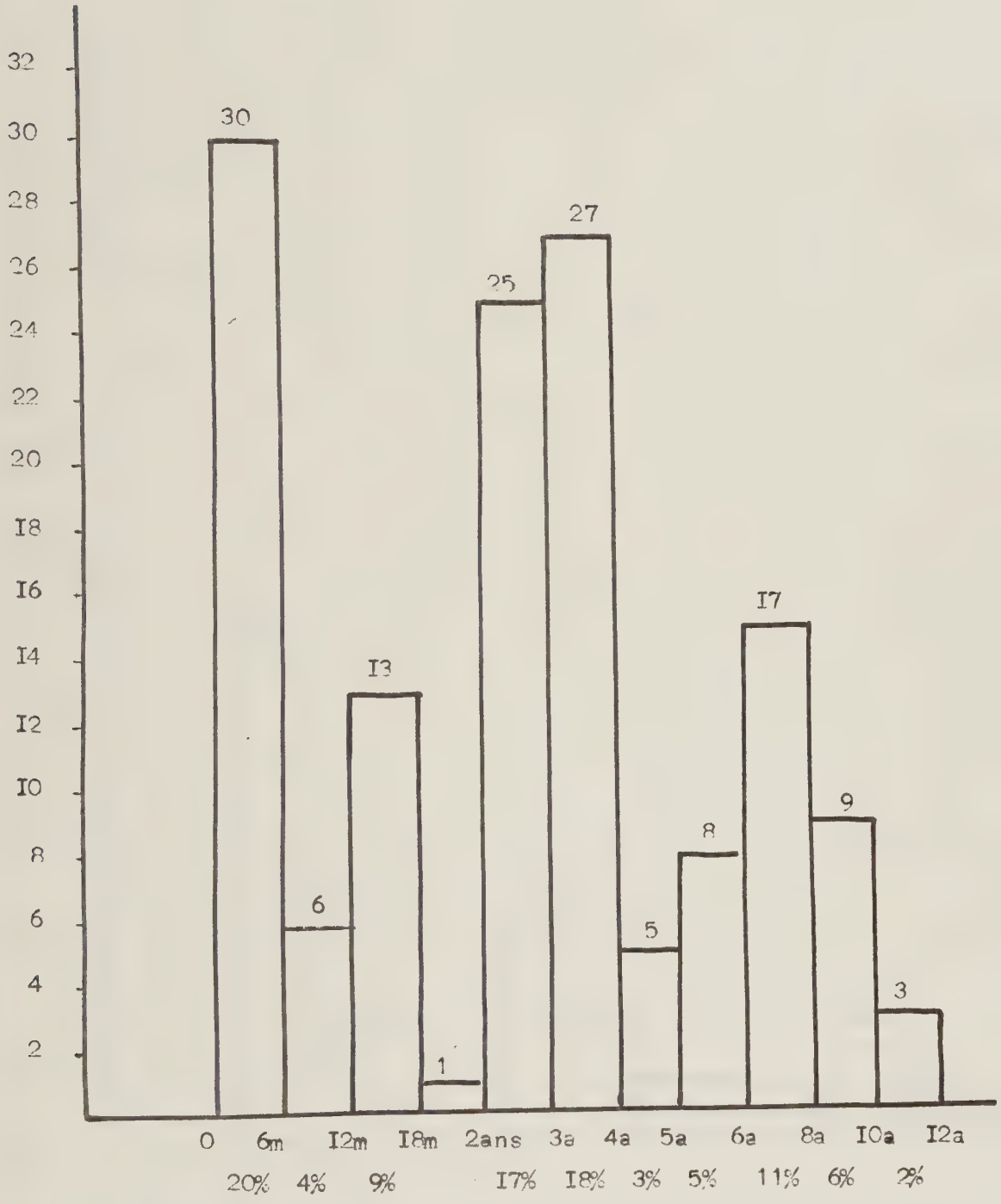


TABLEAU 45

94 cas soit

65% des malades suivis.

Recul global dans les ulcères peptiques

(sur 35 malades suivis)

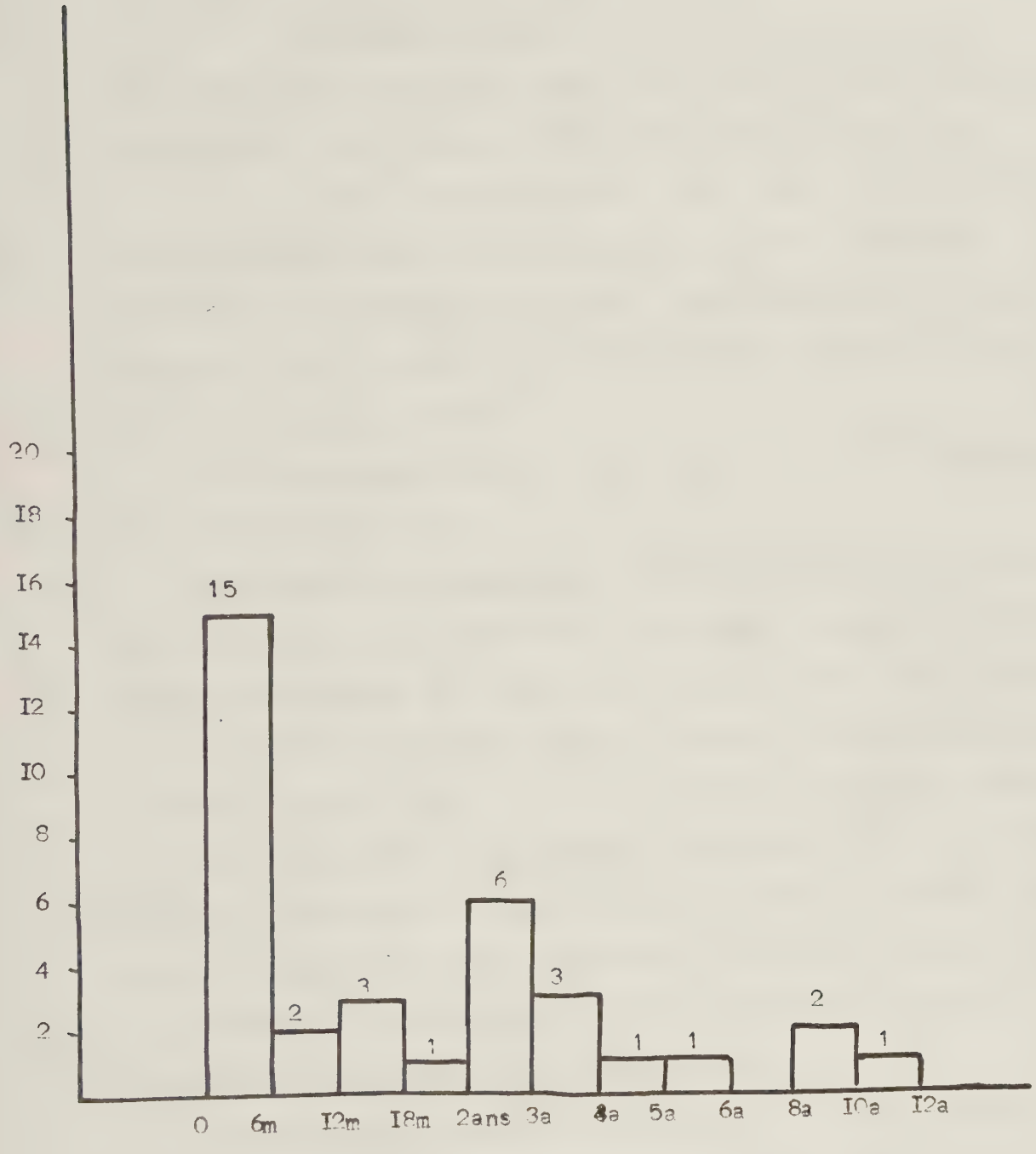


TABLEAU 46

Nous avons observé

a) 27 cas de douleurs épigastriques, le plus souvent inconstantes, jamais invalidantes (13 %)

b) 4 cas de diarrhée ont été notés, sensibles au traitement diététique (Obs. 11-PX; Obs.162-PX; Obs.197-DGPX; Obs.148-PX).

c) L'apparition de sueurs, de faim ont été observées de façon très irrégulière dans 10 cas ; 3 malades cependant ont dû interrompre leur travail (Obs. 193; Obs. 45; Obs. 76)

d) Tous les malades de notre série ont récupéré leur poids pré-opératoire ou ont pris plusieurs kilogrammes. La perte de poids n'a été constante de façon notable que dans 3 cas (Obs.193 Dumping 8 ans AP; Obs. 96 PX décédé d'un cancer du poumon; Obs.76 PX recul 6 mois).

Les résultats globaux sont appréciés par la classification de VISICK simplifiée.

Les résultats excellents se définissent par l'absence de tout symptôme post-opératoire; les bons résultats par une appréciation du malade qui trouve son état parfait mais chez qui l'interrogatoire décèle quelques troubles fonctionnels occasionnels et facilement contrôlés par un ajustement alimentaire.

Les résultats satisfaisants regroupent les cas où les troubles fonctionnels discrets ou modérés ne sont pas améliorés par un régime ou par un traitement médical, ce qui entraine un certain inconfort mais sans retentir sur le mode de vie ou l'activité professionnelle du patient.

Les mauvais résultats incluent les troubles modérés ou sévères invalidants et les récidives ulcéreuses même lorsqu'une éventuelle réintervention a fait disparaitre ou diminuer les troubles du malade.

4) Les résultats

a) Le résultat global (Tableau 47)

Sur 200 hémigastrectomies, nous pouvons apprécier le résultat de 179 malades régulièrement suivis.

Nous obtenons 143 résultats excellents (79 %); 11 bons résultats (6%); 15 résultats satisfaisants (8%); 10 résultats médiocres. Nous allons étudier ces différents résultats en fonction de l'intervention (hémigastrectomie ou dégastrogastrectomie) mais déjà un point est important : dans aucun cas nous n'avons observé de récidive ulcéreuse.

b) Le résultat de l'hémigastrectomie avec vagotomie dans l'ulcère duodénal (Tableau 48)

Sur les 144 malades suivis nous observons

- 116 résultats excellents (80 %)
- 9 bons résultats (7 %)
- 11 résultats satisfaisants (8 %)
- 8 mauvais résultats (5 %)

Mr. BRI (Obs.157) 41 ans. Après 16 mois d'évolution, persistance d'un "petit" dumping syndrôme. On ne sait pas s'il a repris son travail. Mais ce malade est un ancien tuberculeux pulmonaire. Pas de récidive ulcéreuse.

Mme HEY (Obs.96) 63 ans. Hémigastrectomie pour exclusion. Après un an d'évolution effondrement de l'état général, chute de poids. Cette malade meurt un an plus tard d'un cancer du poumon.

Mr. BEE (Obs.102) 23 ans. 3 mois après intervention, douleurs dyspepsie, mais cet homme est un ancien paludéen atteint de filariose.

Mr. LIG- (Obs.19) 54 ans. 8 ans après l'intervention, ballonnements, sueurs, douleurs épigastriques, mais ce malade est incapable du moindre régime. Il n'a pas interrompu son travail.

Mr. WEN (Obs.76) 55 ans. 5 mois après intervention, douleurs post-prandiales, amaigrissement. Pas de récidive ulcéreuse.

Mr. PER (Obs.42) 37 ans. Ballonnements, sueurs, Recul de 3 ans mais pas de régime. Il a pu reprendre son travail. Pas de récidive ulcéreuse.

Mr. BAR (Obs. 45) 41 ans. Recul de 2 ans. Ballonnements, sueurs. Pas de régime. Travail impossible (facteur éthnique et psychologique)

Résultat global sur 179 malades suivis

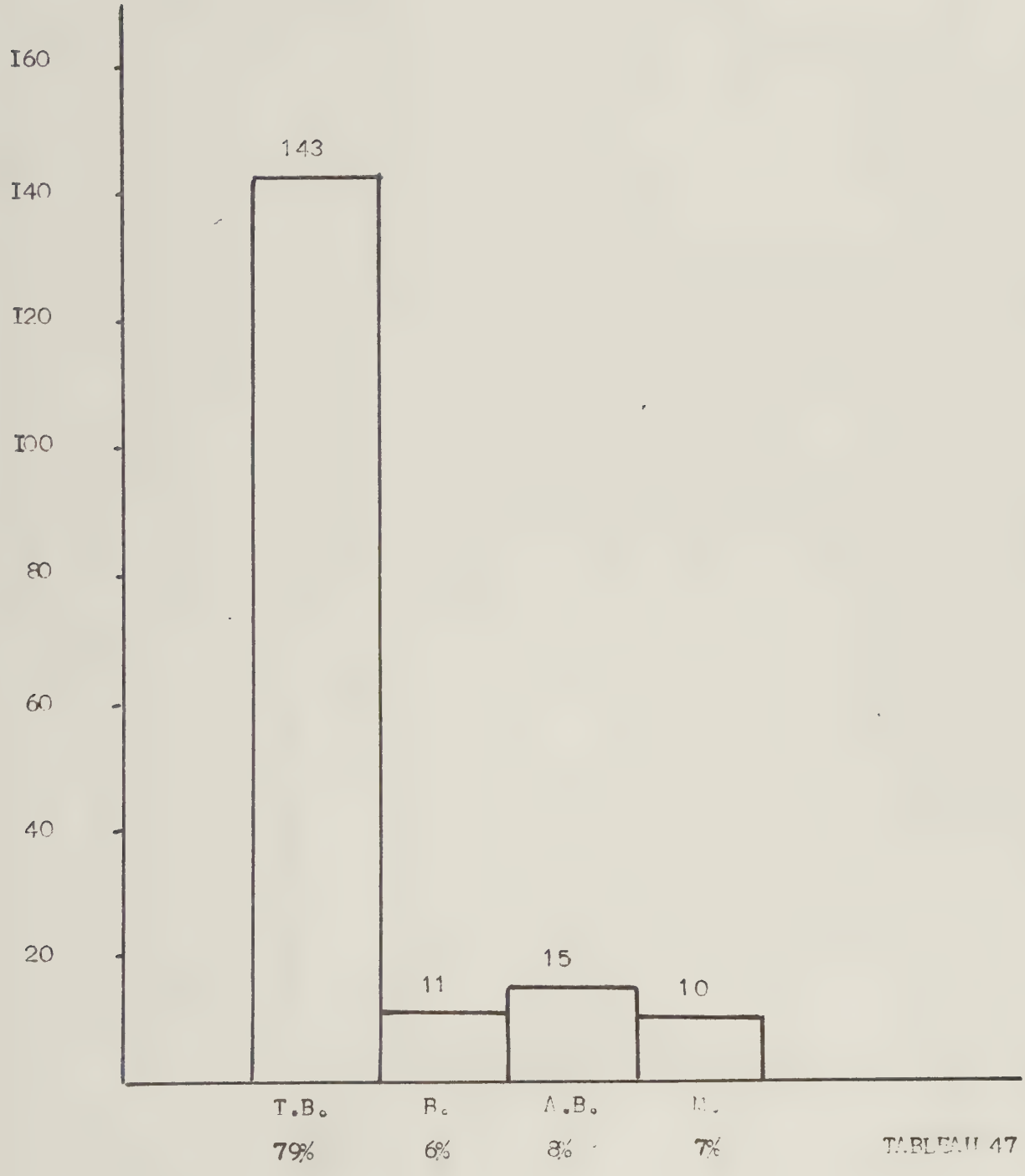


TABLEAU 47

Résultat dans les ulcères duodénaux

(sur I44 malades suivis)

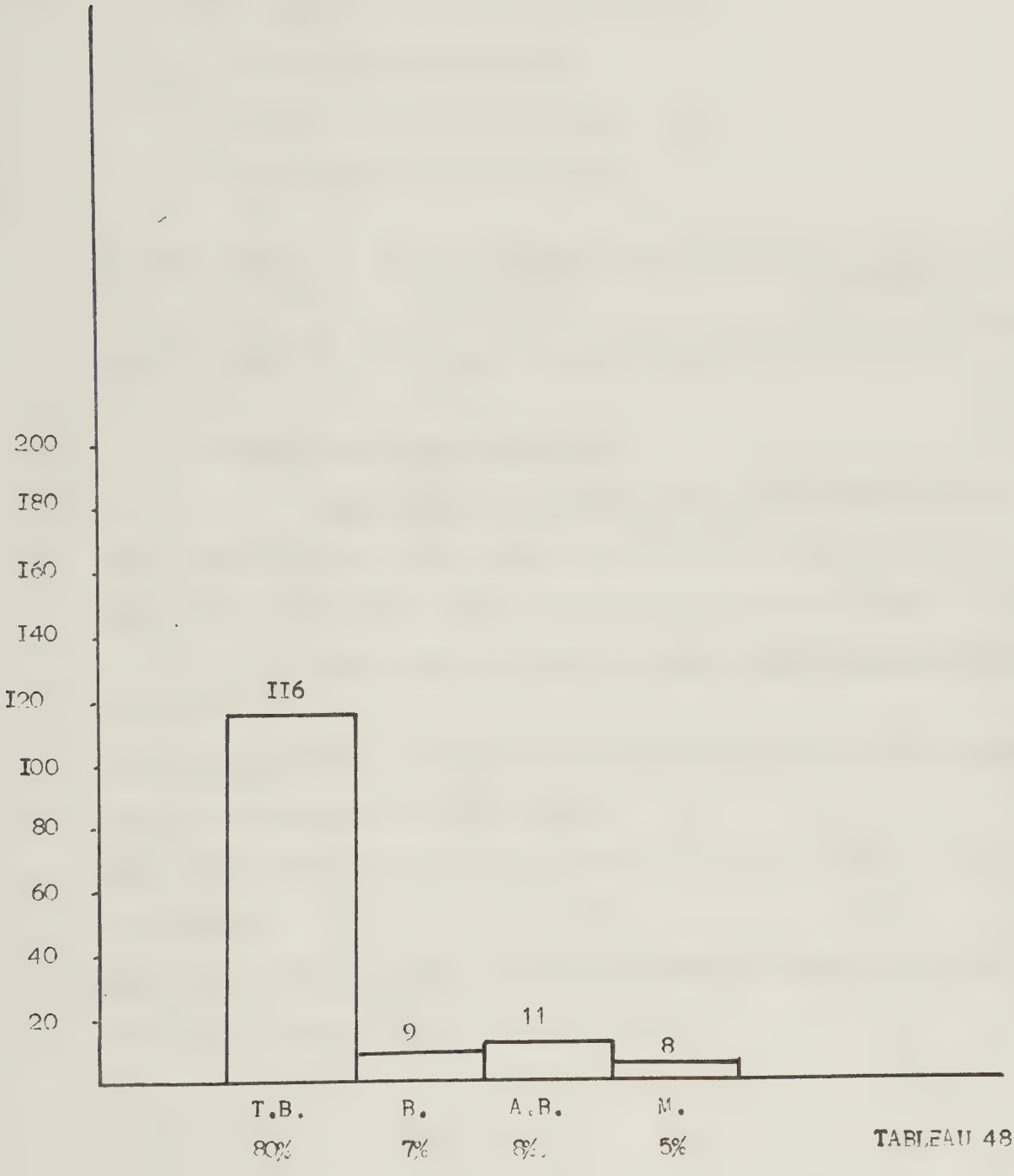


TABLEAU 48

Mr. TOU (Obs.150) 30 ans. Recul de 7 ans. Ballonnements abdominaux, vomissements, diarrhée. Pas de régime. Activité professionnelle normale. Pas de récidive ulcéreuse.

c) Le résultat de la dégastrogastrectomie avec vagotomie dans l'ulcère peptique (Tableau 49).

Sur 40 ulcères peptiques opérés, 35 malades ont été suivis régulièrement.

Nous avons constaté

- 27 résultats excellents (80 %)
- 2 bons résultats (5%)
- 4 résultats satisfaisants (10 %)
- 2 mauvais résultats (5%)

Mr. PIR (Obs.15) 36 ans. Dégastrogastrectomie. Recul de 4 mois. Sueurs, malaises hypoglycémiques. Mais pas de régime.

Mr. YAA (Obs.4) 24 ans. Recul d'un an. Douleurs épigastriques. Pas de récidive ulcéreuse. Régime impossible.

E/ DISCUSSION DES RESULTATS

1) Résultats en fonction de l'âge (tableau 50)

Nous avons établi une courbe des résultats en fonction de l'âge.

Parmi les très bons résultats 40 % se situent entre 30 et 40 ans.

2) Résultats en fonction de l'indication opératoire (Tableau 51)

Dans les ulcères duodénaux hémorragiques nous avons obtenu 76% de bons et très bons résultats.

Dans les perforations nous obtenons 72 % de bons et très bons résultats.

Dans les ulcères rebelles au traitement médical nous obtenons 80 % de bons et très bons résultats.

Résultat dans les ulcères peptiques

(sur 35 malades suivis)

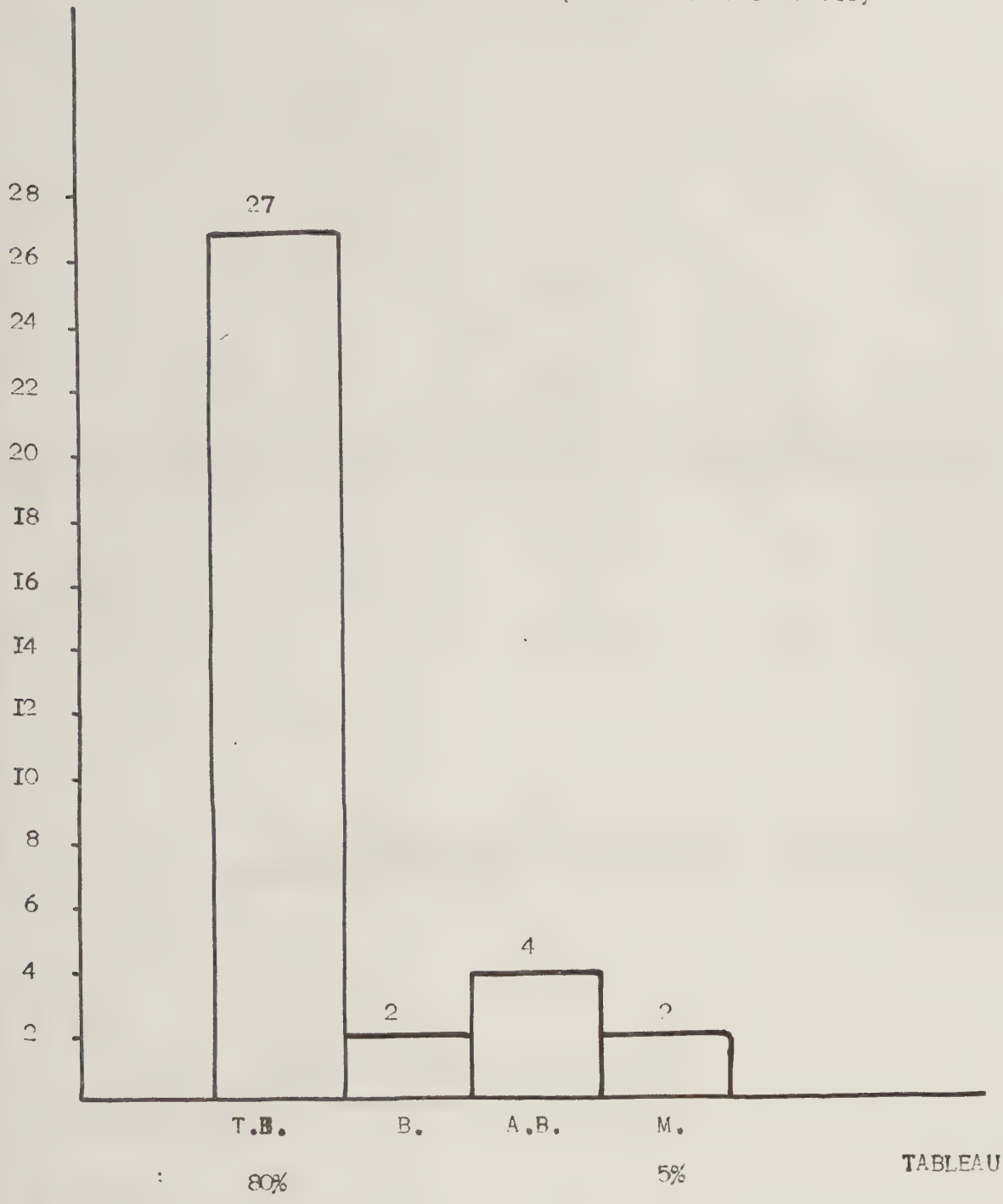


TABLEAU 49

Résultats en fonction de l'âge

- dégastrogastrectomie -

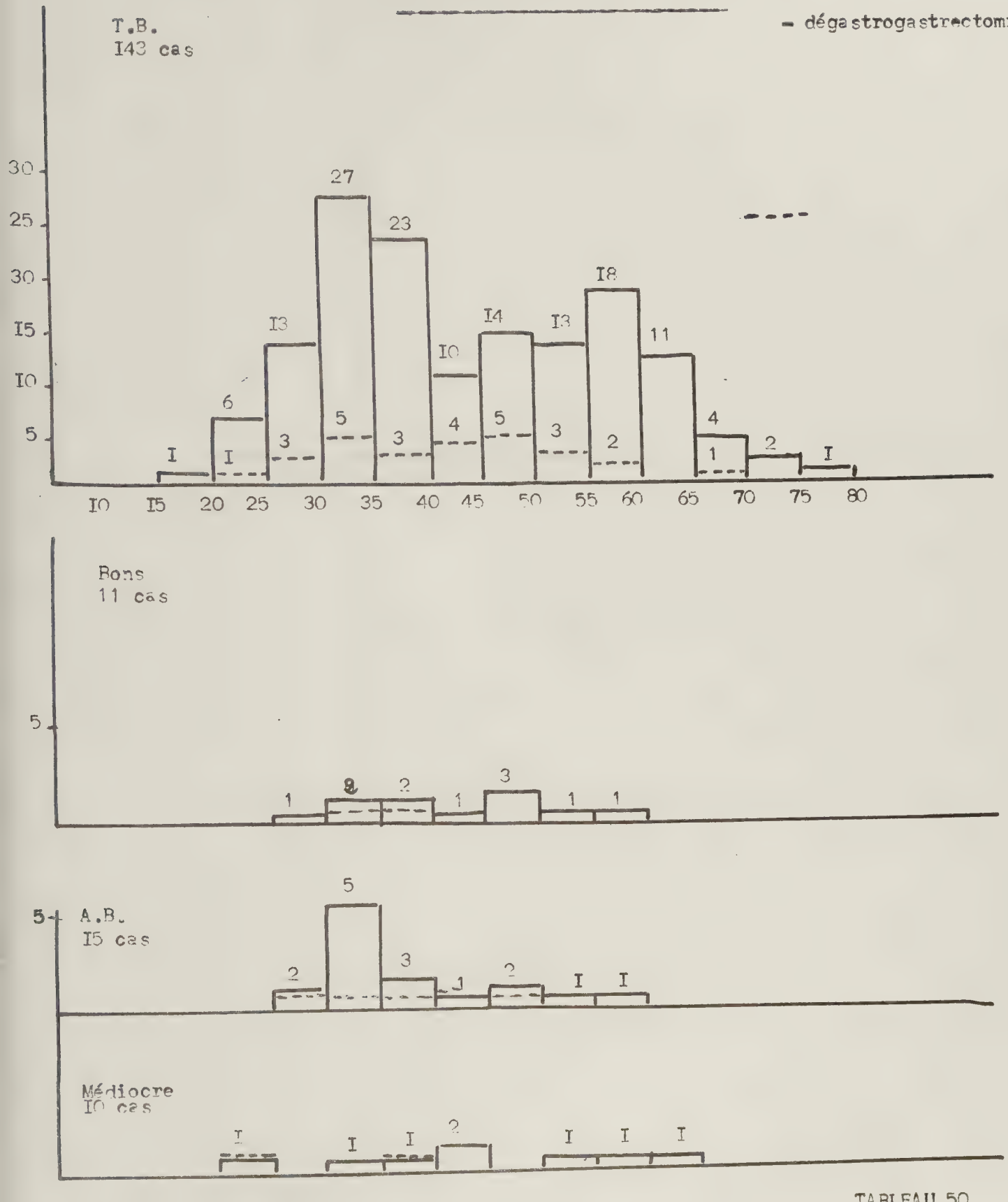
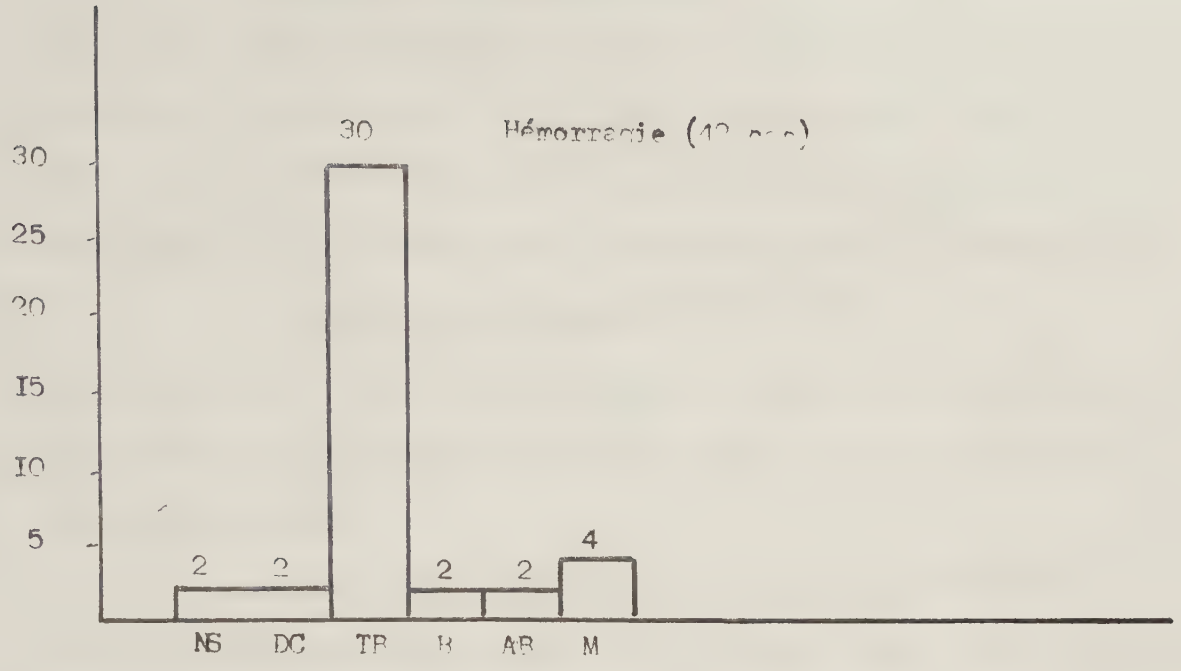
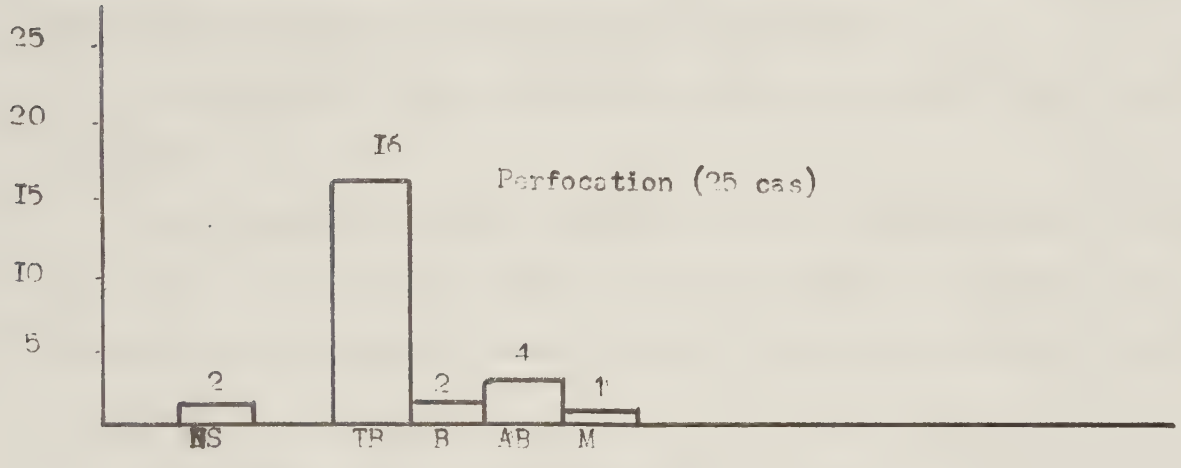


TABLEAU 50

Résultats en fonction de l'indication opératoire sur 160 ulcères duodénaux





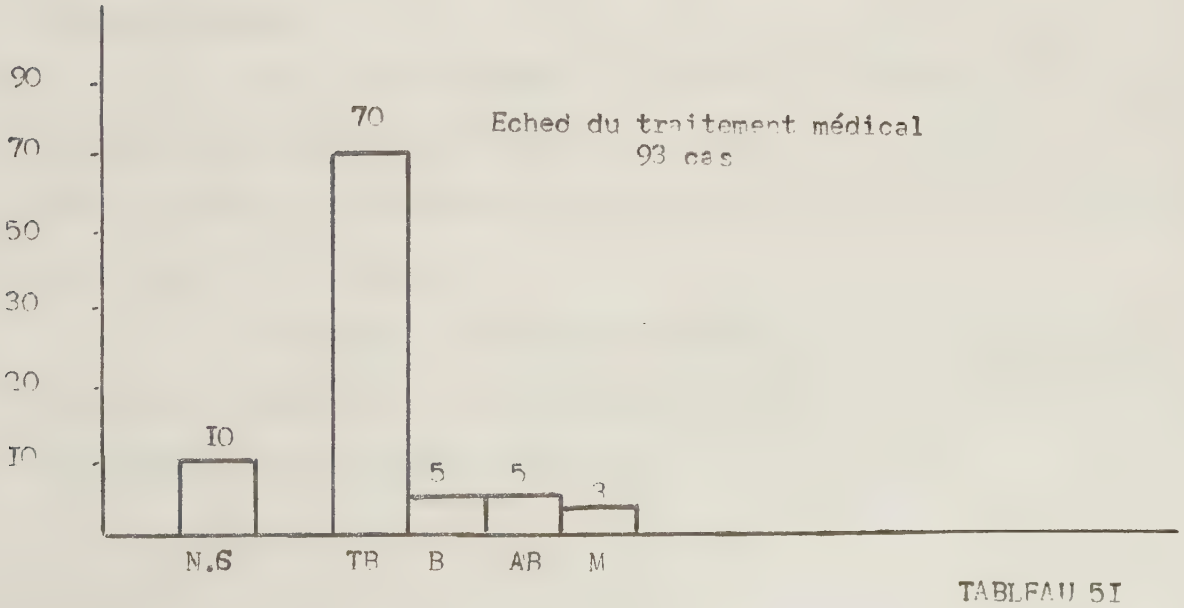


TABLEAU 5I

3) Résultats en fonction du recul

a) Les très bons résultats

Dans les ulcères duodénaux nous avons observé 78 cas de résultats excellents au delà de 2 ans (54%) (Tableau 52) d'évolution.
Dans les ulcères peptiques nous obtenons 14 cas de résultats excellents au delà de 2 ans d'évolution (40 %).(Tableau 53).

b) Les bons résultats (Tableau 54)

Du fait de leur trop faible nombre l'étude de la courbe de bons résultats en fonction du recul ne permet pas d'apporter de conclusion pârticulière.

c) Discussion des mauvais résultats (Tableau 55)

Sur les 200 malades que nous avons opérés nous avons obtenu 10 résultats médiocres. 3 remarques s'imposent :

- Dans aucun cas nous n'avons mis en évidence de récidive ulcéreuse.

- La sévérité de nos critères pour l'établissement des résultats nous a conduit à sélectionner un nombre de malades qui sont relativement peu génés mais que nous considérons comme mauvais résultats.

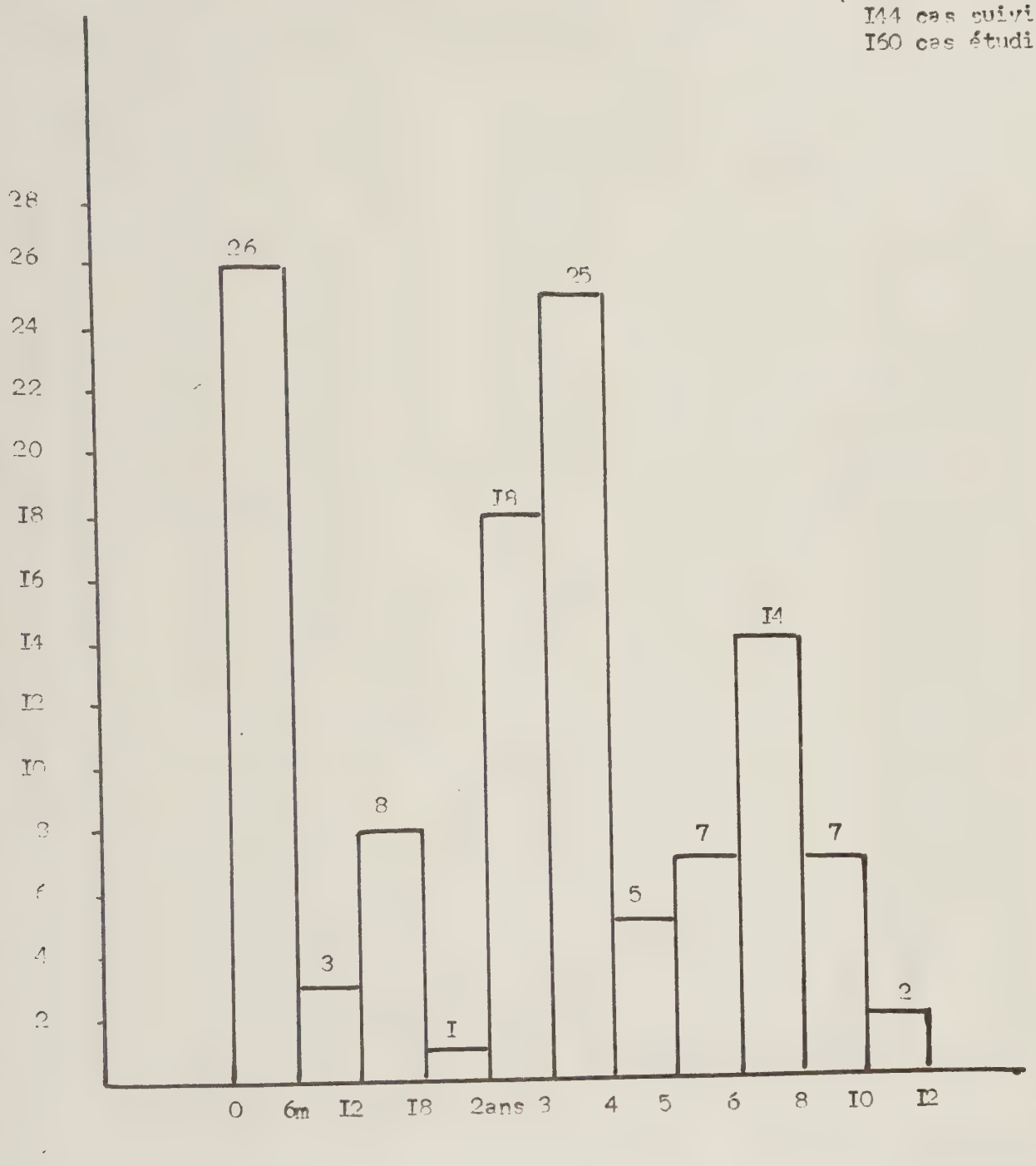
- En effet les mauvais résultats doivent être discutés sur un double plan.

. Du recul puisque la moitié des mauvais résultats a été observée au bout d'un recul de 18 mois, à une époque où les troubles ne sont pas forcément irréversibles avec quelques précautions diététiques par exemple.

. Enfin de la symptomatologie : 4 malades au moins avaient en dehors de la sphère gastroduodénale des raisons d'amaigrissement, de douleurs. En effet, nous relevons :

Répartition des TRES BONS RESULTATS en fonction du recul dans les ulcères duodenaux

(II6 T.B.
I44 cas suivis
I60 cas étudiés.)



78 cas TB > 2 ans
soit 54% des cas.

TABLEAU 52

Répartition des TRES BONS RESULTATS en fonction du recul dans les ulcères peptiques.

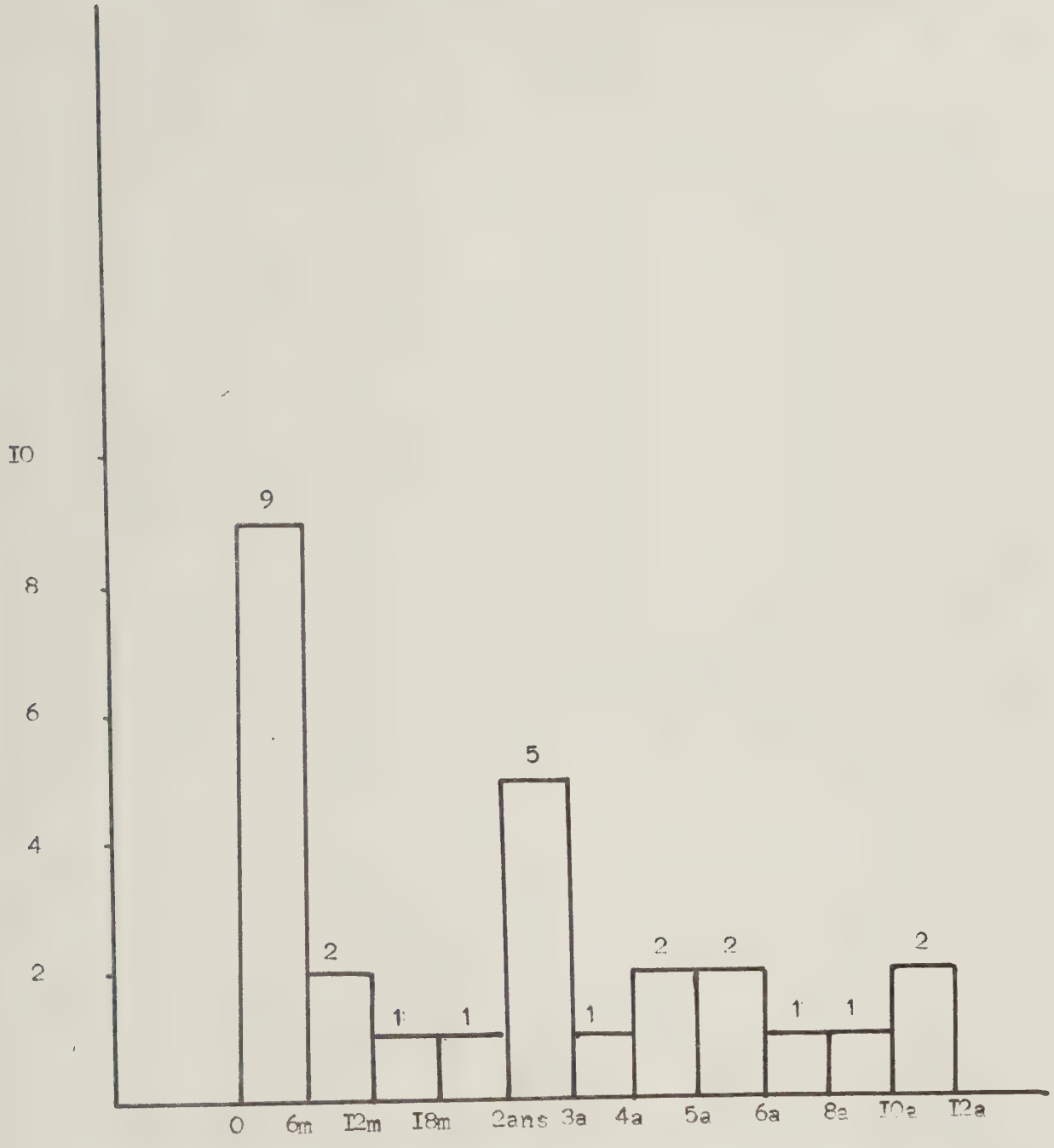


TABLEAU 53

Répartition des BONS RESULTATS en fonction du

recul : (ulcères duodenaux —
et ulcères peptiques ----

TABLEAU 54

Répartition des résultats médiocres en fonction du recul sur les 179 malades suivis.

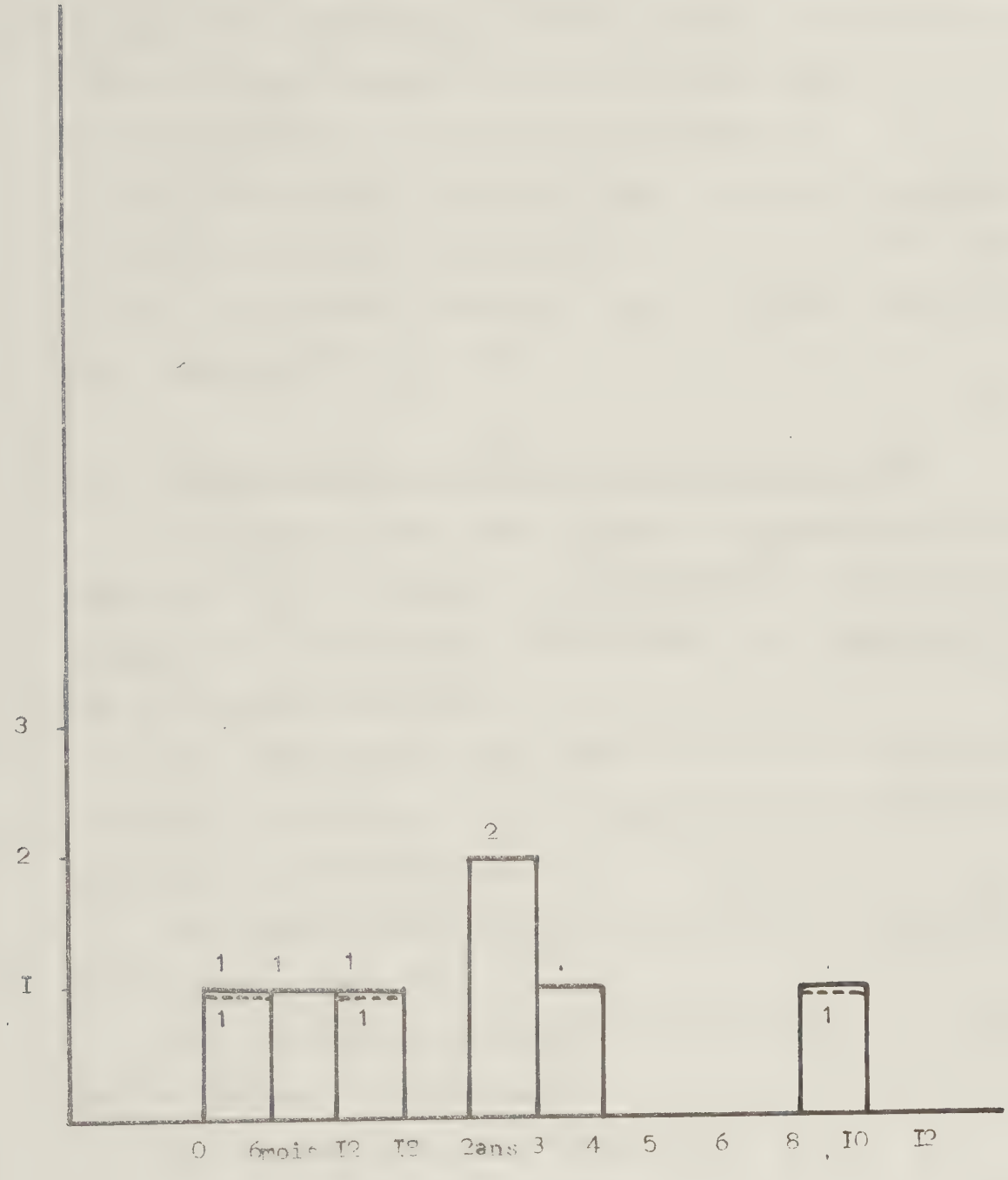


TABLEAU 55

chez - Mr. B.. des antécédents de tuberculose pulmonaire

- Mme H... la notion d'un cancer du poumon mortel en un an

- Mr. B.. des antécédents de dysentrie amibienne

- Mr. L.. l'impossibilité du moindre régime

Si bien qu'en réalité nous pouvons réduire nos mauvais résultats à 6 cas (4 après hémigastrectomie; 2 après dégastrogastrectomie). Ce qui nous mène à une statistique globale de

97 % de malades satisfaits dans les ulcères duodénaux

94 % de malades satisfaits dans dans les ulcères peptiques

96 % de malades satisfaits pour la méthode hémigastrectomie avec vagotomie (Tableau 56).

II - L'EXPERIENCE DES AUTEURS FRANCAIS ET ETRANGERS

- En 1947 PALUMBO (IOWA) associe la vagotomie à la gastrectomie des 3/4. Il constate la raréfaction de l'ulcère peptique. Il note 80 % de résultats satisfaisants avec cependant 21 % de cas de diarrhée importante

- En 1949 WODEWARD (LOS ANGELES) constate l'excellence de ses résultats nutritionnels par la combinaison vagotomie gastrectomie - anastomose gastroduodénale.

- En 1953 HARKINS publie le résultat de 28 cas suivis et note 96 % de bons résultats.

- En 1957 EDWARD et HERRINGTON font connaitre leurs résultats sur 153 malades. Ils constatent :

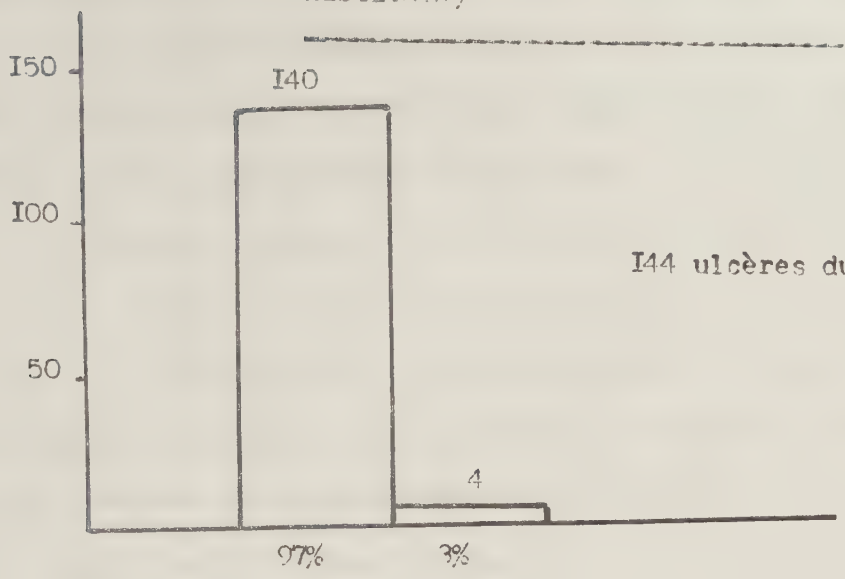
66 % de résultats excellents

27,4 % de bons résultats

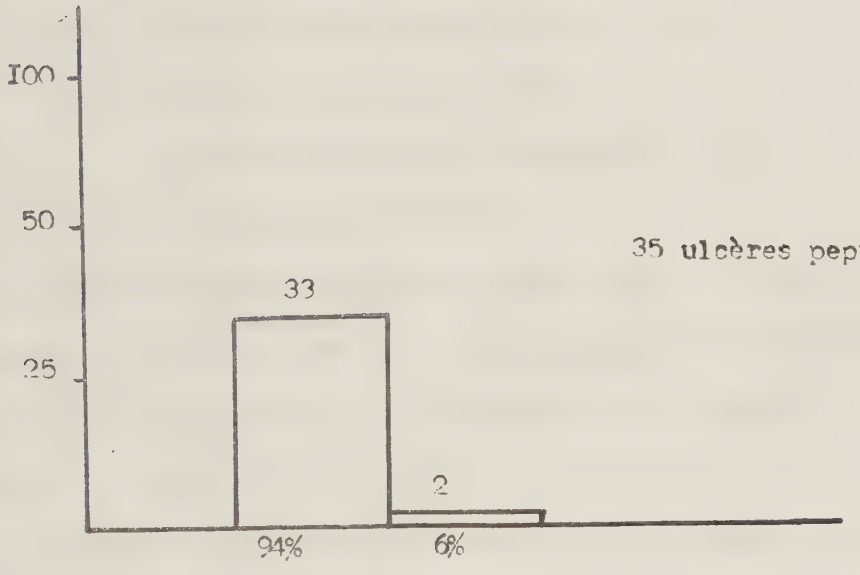
2,6 % de résultats moyens

4 % de mauvais résultats

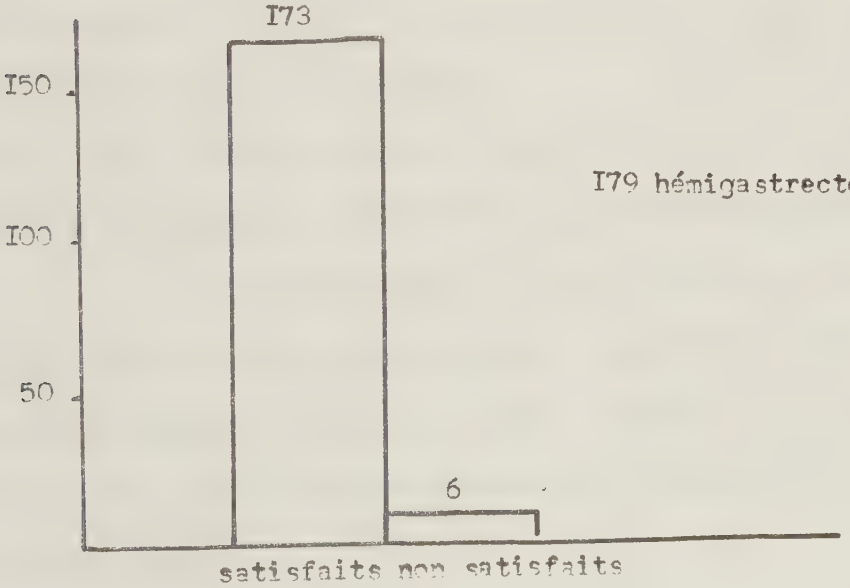
(STATISTIQUE GLOBALE APRES DISCUSSION DES MAUVAIS RESULTATS)



I44 ulcères duodenaux suivis



35 ulcères peptiques suivis.



I79 hémigastrectomies suivies

TABLEAU 56

Dans aucun cas ils ne retrouvent de récidive ulcéreuse.

- En 1959 HERRINGTON : sur 514 cas opérés de 1947 à 1957 note une mortalité de 3,1% qui tombe à 1,7 % après exclusion des décès après intervention en urgence.

Le rétablissement de la continuité digestive a été réalisé

175 fois par une intervention de Péan

339 fois par une intervention de type Billroth II

Il constate 2 récidives ulcéreuses (0,38 %), une après Péan, l'autre après anastomose gastrojéjunale.

Dans les 175 Péan il obtient :

102 résultats excellents (59 %)

56 bons résultats (32 %)

10 résultats satisfaisants (5%)

7 mauvais résultats

La seule récidive ulcéreuse après Péan a été constatée chez un malade qui avait subi une dégastrogastrectomie pour hémorragie digestive. Les adhérences autour de la région hiatale n'ont pas permis de vérifier que la vagotomie faite lors de la première intervention (gastroentérostomie) avait été complète laissant ainsi planer un doute d'autant plus grand que les contrôles d'acidité n'ont pu être pratiqués.

Parmi les 7 autres mauvais résultats il note 2 sténoses anastomotiques, 2 dyspepsies banales, un syndrôme diarrhéique.

- En 1960 MIALARET et EDELMANN rapportent 37 cas d'hémigastrectomie avec vagotomie. Ils constatent que le volume de la sécrétion nocturne est nettement diminué; les épreuves à l'histamine et à l'insuline confirmant la réduction ou la suppression de cette acidité.

- En 1964 THOROUGMAN publie le résultat de 504 hémigastrectomie avec vagotomie (dont 448 pour ulcères duodénaux).

Dans tous les cas une anastomose gastrojéjunale type Polya a été pratiquée. La mortalité s'élève à 0,5 %.

Il obtient 62 % de bons résultats et très bons résultats en cas d'intervention pour échec du traitement médical

89 % en cas d'hémorragie ou de perforation

soit au total

79,75 % de bons et très bons résultats

14,75 % de résultats satisfaisants

5,5 % de mauvais résultats dont 2 ulcères peptiques soit 0,3 %.

- En 1964 JOHNSON, QUAST et JORDAN (HOUSTON) font état de leur expérience sur 300 cas suivis sur 4 ans.

197 fois une anastomose type Polya a été réalisée

103 fois une anastomose type Hofneister

Ils obtiennent

83,5 % d'excellents et bons résultats

11,6 % de résultats satisfaisants

4,9 % de mauvais résultats

aucun cas de récidive ulcéreuse n'est signalé.

- En 1968 LATREILLE, BARRIE et ROUZY (LYON) pratiquent 7 antropylorectomies avec vagotomie. La mortalité est nulle. La morbidité est très faible (1/7). Mais l'expérience est trop restreinte pour permettre des conclusions formelles.

- En 1969 BAVAY (PARIS) dans sa thèse publie le résultat de 50 cas d'hémigastrectomie avec vagotomie. Il ne constate aucun cas de récidive; seulement 2 cas de pertes de poids notables, des troubles fonctionnels chez 3 malades, mais le recul est insuffisant.

- En 1970 HERRINGTON reprend ses 3000 malades opérés en 21 ans. La mortalité est inférieure à 1 %.
Il obtient 94 % de résultats satisfaisants; la mortalité s'élève à 18 %. Il constate une récidive ulcéreuse dans 0,6% des cas. Ces cas de récidives ulcéreuses sont pour lui liés à une vagotomie incomplète.

- En 1971 HOUDARD, CARLES et ESTENNE (PARIS) comparent leurs 30 cas d'antrectomie-vagotomie avec les autres interventions de drainage.

Sur 19 cas suivis ils notent : 17 bons résultats
1 résultat moyen
1 mauvais résultat

Ce qui révèle, comparé à 23 gastroentérostomie
13 pyloroplastie
10 gastrectomie des 2/3
un pourcentage de bons résultats très supérieur en cas de vagotomie-antrectomie.

Technique	BON	Moyen	Mauvais
Gastroentérostomie	14	5	4
Pyloroplastie	9	3	1
Antrectomie	17	1	1
Gastrectomie des 2/3	8	1	1

- En 1972 STANLEY et WARD (CLEVELAND) publient leurs résultats à propos de 121 hémigastrectomie avec vagotomie.

155 gastroentérostomie avec vagotomie

168 vagotomie pyloroplastie

Ils observent 3,3% de récidive ulcéreuse en cas d'hémigastrectomie vagotomie

13,5 % en cas de gastroentérostomie

11,9 % en cas de pyloroplastie

- En 1973 EDELMANN (PARIS) étudie ses 182 cas d'antrectomie vagotomie dont 102 ont un recul supérieur à 2 ans.

Aucune récidive ulcéreuse n'est constatée alors que les gastrectomies 2/3 effectuées pendant la même période ont entrainé 5 % d'ulcères anastomotiques et les opérations conservatrices 4,5 % de récidive.

		Mortalité opératoire		Résultats éloignés			
		Opérés en urgence	DC	Opérés à froid	DC	malades revus de 2 à 12 ans	Récidives
Gastrectomie 2/3	93	36	7	57	0	40	2
Vagotomie entrectomie	182	37	3	145	2	102	0
Vagotomie + Gastrojéjunost 36 Pyloroplastie 164	200	73	4	127	1	110	5
TOTAL	475	146	14	329	3	252	7

EDELMAN pense qu'il est dangereux de voir dans la récidive ulcéreuse la conséquence exclusive d'une vagotomie incomplète en cas d'intervention conservatrice. Car dit-il "si l'on reconnait loyalement qu'un même opérateur commet la même proportion de vagotomies défectieuses dans l'opération combinée que dans l'opération conservatrice, il n'y a que deux façons d'expliquer l'écart de fréquence des récidives entre les deux procédés"

- Ou bien on chiffre à 1 % environ, fréquence moyenne des récidives après vagotomie-antrectomie, la proportion des sections nerveuses incomplètes. Elles n'expliquent alors qu'un cinquième des récidives après opérations conservatrices. Les autres doivent être attribuées à la persistance de la fonction gastrinique de l'antre.

- Ou bien on estime que les opérations omettent des filets nerveux dans 5 % des cas, fréquence moyenne des récidives après opération conservatrice. Il faut admettre alors que l'antrectomie associée protège contre la vagotomie incomplète en évitant 4 fois sur 5 la récidive de l'ulcère..

De même que la vagotomie est capable de guérir un ulcère anastomotique après gastrectomie, de même l'antrectomie guérit un ulcère récidivant après vagotomie conservatrice.

On aboutit dans les deux cas à l'opération combinée qui aurait évité la récidive si elle avait été exécutée d'emblée."

C O N C L U S I O N

Le traitement de l'ulcère duodénal vise un triple but, guérir l'ulcère, éviter sa récidive, assurer au patient un confort digestif aussi parfait que possible.

L'hémigastrectomie avec vagotomie représente pour nous le mode préférentiel de traitement.

Les connaissances physiopathologiques actuelles indiquent en effet que certains ulcères duodénaux s'accompagnent non seulement d'une hyperactivité vagale, mais aussi d'une hypergastrinie qui serait à l'origine de la récidive ulcéreuse en l'absence de l'éxérèse de l'antre producteur de gastrine.

Dans le cadre des interventions antiacidopeptiques, l'hémigastrectomie avec vagotomie apparait comme la solution logique et radicale puisqu'elle supprime la phase céphalique de la sécrétion en interrompant la voie de conduction, et la phase hormonale en supprimant la source antrale.

Nous avons appliqué cette méthode à 200 ulcéreux qui se répartissent en 160 ulcères duodénaux et 40 ulcères peptiques. L'intervention a pu être réalisée que l'ulcère soit ou non compliqué.

L'évolution suivie de nos malades qui s'étale sur 12 ans nous a permis d'observer que

la mortalité opératoire exagérée par les "vagotomistes " ne dépasse pas en réalité 1 % à notre époque de chirurgie moderne où la préparation, la réanimation, les soins postopératoires sont correctement appliqués.

Nous avons pratiqué dans tous les cas une vagotomie tronculaire et une anastomose gastroduodénale. Celle-ci a porté sur le 2° duodénum lorsque le moignon duodénal nous a semblé de qualité médiocre.

L'essentiel de l'exérèse gastrique est d'enlever la zone reflexogène qui remonte très haut sur la petite courbure. La libération large de la grande courbure, le décollement duodénopancréatique systématique nous ont rendu presque toujours possible l'anastomose gastroduodénale.

Nous avons cherché à estimer dans l'hypersécrétion acide, les responsabilités respectives du facteur vagal par l'épreuve à l'insuline et du facteur hormonal reproduit par la stimulation à l'histamine. Tout en sachant que l'étude de l'acidité n'est pas si évidente, ni les conclusions si schématiques, que l'insuffisance de la sécrétion alcaline est peut être aussi importante que l'hyperproduction acide, du point de vue pratique, cette orientation de la thérapeutique nous semble logique et nous a paru satisfaisante. Dans 95 % des cas nous avons constaté, après test sécrétoire, le retour à une acidité normale ou basse.

Le taux de morbidité n'a pas dépassé 9 % des cas.

La durée d'hospitalisation a été inférieure à un mois dans 75 % des cas.

Nous n'avons pas eu de syndrome de gastroplégie, pas plus de diarrhée ni plus de dumping syndrôme qu'après vagotomie isolée.

En revanche nous n'avons observé aucun cas de récidive ulcéreuse.

L'hémigastrectomie Péan avec vagotomie nous apparait donc

- comme l'intervention de sécurité puisqu'elle retire l'ulcère et ne s'est jamais, dans notre étude, accompagnée de récidive

- comme une intervention satisfaisante puisque sur 200 cas nous avons obtenu

96 % de malades satisfaits

Nous sommes amenés à la conclusion que l'hémigastrectomie en réduisant l'acidité gastrique au cas où la vagotomie aurait été incomplète, constitue une sécurité supplémentaire tant du point de vue des complications immédiates, puisque l'ulcère est réséqué que de la récidive peptique sans entrainer de troubles carentiels puisqu'elle permet de conserver un réservoir gastrique suffisant et qu'elle est terminée par une anastomose gastroduodénale (qui n'excluant pas le bloc duodéno-pancréatique, permet aux sécrétions duodénales biliaires et pancréatiques d'agir de façon normale dans un circuit digestif rétabli).

B I B L I O G R A P H I E

ADLOFF, KOHLER J. et OTTENI F. - Le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal non compliqué. - Ann. Chir. I970, 24 (21 - 22) 1135 - 1142

BARRIE, MIGUET et LATREILLE. - Ulcère du duodénum non compliqué. Gastrectomie ou opération de Dragstedt. - Lyon Chirurgical, Tome 64, N° 3, mai - juin I968, 341 - 348.

BAVAY P.A. - L'hémigastrectomie associée à la vagotomie dans le traitement de l'ulcère duodénal. - Thèse Paris, I958, N° 520, 74 pages.

BERGER T. et KOCH N.C. - Truncal vagotomy with antrectomy or pyloroplasty for duodenal ulcer. - Acta. Chir. Scand. 1972, 138, 499 - 504.

BILLROTH T. - Offenes Schreiben an H. Dr. L. WittelolïÖfer. - Wien Med. Wochenshn, 31, 161, 1881.

BLOOMFIELD A.L. - The problem of gastric hyperacidity. - Am. J. Dig. 1939, 6, 700.

BOLDYREFF W. - The self regulation of the acidity of the gastric contents and the real acidity of the gastric juice. - Quart. J. Exp. Physio. 8, 1, 1915.

BURGE H., STEDEFORD R. et MORTON-GILL A. - Four year to eight year results of vagotomy and simple drainage for benign lesser curve gastric ulcer. - British Med. J. I970, 3, 376 - 378.

CATTAN R. et FRUMUSAN P. - Le facteur vasculaire dans la maladie ulcéreuse. Arch. Mal. App. Dig. 1953, 42, 502

COSSA J. F. - Traitement chirurgical actuel des ulcères duodénaux non compliqués. - Les livrets du médecin, 1971, 3, N° 5, 249 - 252.

CRUVELHIER J. - Traité d'Anatomie descriptive. - T. III, 4e Ed. Paris, 1 867, 566.

DOYEN E. - 28 cas de laparotomie pour lésions de l'estomac. - Rev. de Chir. 13, 401, 1 893.

DEAN A.C.B., EDWARD H.C. et MUNRO A.I. - Résultats éloignés de l'antrectomie et de la vagotomie. - Gut, déc. 1966, 7, N° 6, 677 - 679. (Bibliogr.)

DELANNOY E. et COMBEMALE B. - Vagotomie et antrectomie dans le chirurgie de l'ulcère duodénal. - Acta gastro-entérol. belg. fév. 1963, 26, N° 2, 186 - 191.

DELIGNY M., ESTENNE B., BERTHELOT G., CARLES J.F. et HOUDARD Cl. - Etude comparative des suites des interventions de vidange gastrique associée à une vagotomie. - Ann. Chir. nov. 1971, 25, N° 23 - 24, C. 1 265 - 1 270.

DE SIQUEIRA J.T. et BICHARA D.S.J. - Antrectomie combinée à la vagotomie pour traitement de l'uclère gastro-duodénal. - Hospital, nov. 1968, 74, N° 5, 1 649 - 1 659 (Bibliogr.)

DE VERNEJOUL. - Traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal. - Bull. Société Int. Chir. 1967, 26, 289 - 291.

DRAGSTEDT L.R. - Some physiologic principles involved in the surgical treatment of gastric and duodenal ulcer. - Ann. Sur. 102, 563, 1 935, 573.

DRAGSTEDT L.R. - Contribution to the physiology of the stomach : gastric juice in duodenal and gastric ulcers. - J.A.M.A. 1917, 68, 330.

DRAGSTEDT L.R. - Panel discussion on vagotomy. - Gastro-enterol. 1 948, 11 468.

DRAGSTEDT L.R. - The physiology of the gastric antrum. - Arch. Surg. I957, 75, 552.

DRAGSTEDT L.R., WOODWARD E.R., STURFR E.H. et OBERHELMAN Jr. - Effect of antrum transplantation on gastric secretion in experimental animals. - Proc. exp. biol. et med. I950, 73, 676, Ann. Surg. I950, I32 - 626.

DRAGSTEDT L.R. - "A guide for the surgical treatment of peptic ulcer". - A. J. Surg. I963, I05 - 293.

DUBOIS F. - Gastrectomie suivie d'anastomose gastro-duodénal pour ulcères post bulbaires et du 2ème duodénum (38 observations). - J. Chir. I97I, I0I, N° 2, I77 - I86.

EDELMANN G. - Indications de la vagotomie associée à la gastrectomie. - Méd. et Hyg. 6 fév. I963, 21, N° 581, 92.

EDELMANN G. - L'opération combinée vagotomie et antrectomie dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux non compliqués. Bases physiopathologiques. Conséquences sur la maladie peptique. - Annales de gastroentérologie et d'hépatologie, I973, 9 (2), I95 - 205.

EDKINS J.S. - The chemical mecanism of gastric secretion. - J. Physiology, 34, I33, I906, LANCET I905 (2), 156.

EDWARDS L.W. et coll. - Le traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum par vagotomie et résection antrale. - Am. J. Surg. mars I963, I05, N° 3, 352 - 360, 6 fig. (Bibliogr.)

EISENBERG M.M., WOODWARD E.R., CARSON T.J. et DRAGSTEDT L.R. - Vagotomy and drainage precedure for duodenal ulcer the results of ten year ' s experience. - Ann. Surg. I969, I70, 317 - 328.

FARMER D.A. et SMITHWICK R.H. - Hemigastrectomy combined with resection of the vagus. - New England J. Med. I952, 247 - 1 0I7.

FINNEY J.M.T. - A new method of pyloroplasty. - Bull. John Hokins Hosp. I902, I3, 155 - 161.

GARNIER Edmond. - "De l'ulcère simple de l'estomac et du duodénum". - Thèse N° I75, Paris I865.

GILLESPIE I.E., CLARK D.H., KAY A.W. et TANKEL H.I. - Action de l'antrectomie et de la vagotomie associées à la gastrojéjunostomie, et de l'antrectomie associée à la vagotomie sur la sécrétion spontanée et maximale d'acide gastrique chez l'homme. - Gastroentérology, mars I960, 38, N° 3, 361 - 367, 7 tabl. I fig. (Bibliogr.)

GOLIGHER J.C., PULVERTAFT C.M. et WATKINSON C. - Essai contrôlé de vagotomie et gastro-entérostomie, vagotomie et antrectomie et gastrectomie subtotale dans le traitement de l'ulcère duodénal. - Méd. J. 22 fév. I964, N° 538I, 455 - 460, 14 tabl.

GOLIGHER J.C. - The comparative results of different operations in the elective treatment of duodenal ulcer. - Brit. J. Surg. I970, Vol. 57, N° IO, 780 - 783.

GOSSET Jean. - A propos de la pathologie et du traitement des ulcères gastroduodénaux. - Leçons de physiologie médicochirurgicale, Duret, Paris, MASSON, 1935, 54.

GRASSI G. - Traitement chirurgical des séquelles des gastrectomies. - Mem. Acad. Chir. I969, 95, N° 20 - 21, 621 - 625.

GRIFFITH C.A., STAVNEY L.S., KATO T. et HARKINS H.N. - La vagotomie gastrique élective associée à l'hémigastrectomie et à l'anastomose type Billroth I. - Am. J. Surg. mars I963, I05, N° 3, 361 - 369 (Bibliogr.)

GUTMANN R.A. - Les syndrômes douloureux de la région épigastrique. - PARIS, I929.

HALLENBECK G.A. - What is the best elective operation for duodenal ulcer ? - C.M.A. I970, Vol. I03, N° 12, 1255 - 1262.

HALLENBECK G.A. - The pathogenesis of peptic ulceration. - Ann. J. Surg. 1963, I05 - 295.

HARKINS H.N. et coll. - Opération combinée, vagotomie, antrectomie et gastro-duodénostomie. - Arch. Surg. déc. I962, 85, N° 6, 936 - 943 (Bibliogr.)

HARROWER H.W., COOPER P., SMITHWICK R.H. et BURKE D.H. - La gastrectomie subtotale et l'hémigastrectomie avec vagotomie pour ulcère duodénal. - J.A.M.A., 9 nov. I957, I65, N° IO, I270 - 1274, 6 tabl. (Bibliogr.)

HAUDEK M. - Zur Roentgenologischen Diagnose der ulceration in der Pars media des Magens. - Munch Med. Wochensch 57, 1587 - I9IO.

HEIDENHAIN - Unterschungen über den Bau der Labdrüsen. - Arch. f. Micro-anatomie, I870 - Pflüger Arch. I8 et I9.

HENRION Cl. et MAINGUET P. - Recherche d'une opération satisfaisante de l'ulcère duodénal. - Revue Médicale de Liège, I969, 24, 866 - 87I.

HERRINGTON J.L. et SAWYERS J.L. - A 25 year experience with vagotomy antrectomy. - Arch. Surg. I973, Vol. IO6, 469 - 474.

HERRINGTON J.L. Jr. - Solution possible de la controverse entre vagotomie antrectomie et vagotomie-pyloroplastie. - Amer. J. Surg. mars I97I, 121, N° 3, 215 - 216.

HERRINGTON J.L., EDWARDS W.H., SAWYERS J.L., GOBBEL W.G. et SCOTT H.W. Jr. - Facteurs étiologiques influençant la mortalité post-opératoire après vagotomie et antrectomie pour ulcère duodénal. - Am. J. Surg., fév. 1964, IO7, N° 2, 289 - 296, 9 fig. (Bibliogr.)

HERRINGTON J.L. Jr. - Quinze ans d'expérience de vagotomie et d'antrectomie dans le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal. - J. Louisiana State Med. Soc., sept. I962, II4, 309, in Internat. Surg. Dig., janv. I963, 72, N° I, 6.

LYNWOOD HERRINGTON L. Jr. - Remarques sur la vagotomie-antrectomie et la vagotomie-pyloroplastie. - Surgery, sept. I970, 68, N° 3, 587 - 588.

HERRINGTON J.L. Jr. et coll. - La vagotomie et la résection antrale dans le traitement de l'ulcère duodénal : résultats chez 514 malades. - Ann. Surg., sept. I959, I50, N° 3, 499 - 516, 6 fig. 9 tabl. (Bibliogr.)

HILLMAND P. - Les suites de la gastrectomie 2/3 pour ulcère. - Rev. Prat. 1955, 5, 1099.

HOERR Stanley, WARD John (CLEVELAND) - Late results of there operations for chronic duodenal ulcer. Vagotomy. Gastrojejunostomy. Vagotomy. Hemigastrectomie vagotomie. Pyloroplasty. - Ann. Surgery. sept. I972, Vol. I76, N° 3, 403 - 411.

HOLLENDER L.F. - Etude critique de la vagotomie dans l'ulcère gastrique. - Arch. Franç. mal. App. dig., oct. nov. I969, 58, N° IO - II, 7IO.

HOLLANDER F. - The components of gastric secretion. - Proc. am. Gastroenterol. Assoc. I936, 35.

HOLLENDER L. - Causes et préventions des rechutes ulcéreuses. - La maladie ulcéreuse de l'estomac, MASSON, I968, 65 - 79.

HOLLENDER L.F., WEISS A.G., ADLOFF M. et SAVA G. - Les résultats de la vagotomie dans le traitement de l'ulcère duodénal. - Cong. Soc. Int. Chir. I967, 51.

HOLLENDER L., ADLOFF M. et WEISS A.G. I962 - Etude comparative de la gastrectomie et de la vagotomie sous-diaphragmatique associée à une opération de drainage ou à une antropylorectomie dans le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal. - Acta Chir. Belge, 61, 666 - 680.

HOLLENDER L.F., ADLOFF M. et SAVA G. I964 - Etude clinique comparative de la vagotomie et de la gastrectomie subtotale à la lumière de deux séries de I50 cas. - Strasbourg Méd. 7, 569 - 583.

HOWARD R.J., MURPHY W. ant HUMPHREY W. - A prospective randomized study of the elective surgical treatment for duodenal ulcer : two to ten year follow up study. - Surgery I973, 73, N° 2, 256 - 260.

HUGUIER M. et LAMBERT D. - Etudes critiques du traitement chirurgical électif de l'ulcère duodénal. - Archives Françaises des maladies de l'appareil digestif. I972, 61, N° 9, 567 - 577.

IVY A.C., LIM R.K.S. et Mc CARTHY J.E. - Contributions to the physiologie of gastric secretion. - Quant J. Exp. Physio. I5, 13, 55, 1925.

IZARN R. - La thérapeutique chirurgicale de l'ulcère gastro-duodénal à DAKAR. - Thèse PARIS, I969.

JABOULAY M. - La gastroentérostomie ; la jéjunoduodénostomie, la résection du pylore. - Arch. Prov. de Chir. I, I, 1892, Prov. Med. LYON 8, 1894.

JOHNSTON, QUAST, JORDAN (HOUSTON) - Hemigastrectomy and vagotomy for duodenal ulcer. - Archives of Surgery, Vol. 88, may 64, 860 - 865.

JORDAN P.H. et CONDON R.E. - Evaluation future de la pyloroplastie-vagotomie et de la vagotomie-antrectomie pour traitement d'ulcère duodénal. - Ann. Surg., oct. I970, I72, N° 4, 547 - 563 (Bibliogr.)

JUDD E.S. et HOFRNER M.T. - Jejunal ulcer. - Annals of Surg. 1935, I02, I003.

LAGROT F. et GRECO J. - Une nouvelle technique dans le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal : la vagotomie avec anastomose gastroduodénale. - Mem. Acad. Chir. Paris, I956, 82 - 787.

LAMBLING A. BERNIER J.J. - L'exploration fonctionnelle de l'estomac. - Arch. Mal. Appar. Dig. 49, I073 - I960.

LAMBLING A., BONFILS S. et HARDOUIN J.P. - Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ulcère gastrique. Troubles vasculaires et atteinte rénale. - Bull. Acad. Med. I954, I38 - I68.

LAMBERT R. - Les aspects récents de l'ulcère expérimental. - Thèse N° I9, LYON I958, 317 - 342.

LAMBERT R. et MARTIN F. - Les bases physiologiques de la vagotomie et ses effets sur des viscères de l'étage sous-diaphragmatique. - Strasbourg Med. 15 (7), 50I - 538, I964, 5IO.

LATARJET, BONNET et BONNIOT - Les nerfs du foie et des voies biliaires. - LYON Chir. I7, I3, I920.

LATARGET. A. et WERTHEIMER P. - Quelques résultats de l'énervation gastrique. - Press. Med. I923, 3I (2), 993.

LATASTE J. et NEVEUX J. - Gastrectomie avec anastomose gastro-duodénale type PEAN. Analyse et résultats de 133 cas. - Press. Med. I962, 56, 2790 - 2792.

LATASTE J. et BISMUTH H. - Les gastrectomies-E M C. Techniques chirurgicales, 40320 - 40 355.

LATASTE J. - Gastrectomie avec anastomose sur le deuxième duodénum. - Press Med. I966, 74, 2641 - 2642.

LAZORTHES F. - Indications de la chirurgie dans les ulcères gastroduodénaux. - E M C, 4, 1973, 9023, L IO.

LEGER L. et KANOUI F. - La gastrectomie fundique, une orientation possible du traitement chirurgical de la maladie ulcéreuse. - Press. Med. I953, 6I, 962 - 964.

LEMBERT A. - Mémoire sur l'enterorraphie, avec la description d'un procédé nouveau pour pratiquer cette opération chirurgicale. - Répertoire général d'Anatomie et de physiologie pathologiques, PARIS, I826, 2, I00 - 107.

LICHTENSTEIN H. - Physiologie de l'ulcère gastroduodénal. - Vie médicale, 1972, 8, 735 - 742.

LORTAT-JACOB J.L. et RICHARD C.A. - Ulcère gastroduodénal : traitement chirurgical. - E M C Estomac, 5, I96I, 9023 - L IO.

LOYGUE J. et PINAIRE J. I96I - Sur le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal. - Mém. Acad. Chir. 87, I44.

MANN et WILLIAMSON - The experimental production of peptic ulcer. - Ann. Surg. I923, I7, 409.

MAC DONALD G.O. et ABTAHI - Clinical appraisal of vagotomy and pyloroplasty Treatment of peptic ulcer. - Arch. Surg. I970, I00, 414 - 420.

MERRE M. - Animadversiones quaedam chirurgicae experimentis in animalibus factis illustratae Güssae, Tasche et Muller I8I0, 21.

MIALARET J. - Le traitement chirurgical eclectique de l'ulcère du duodénum. Bases du choix de la thérapeutique. - Ann. Chir. I963, I7, II57 - II69.

MIALARET J. et coll. - A propos du traitement chirurgical de certains ulcères duodénaux par hémigastrectomie terminée par anastomose gastro-duodénale et associée à une vagotomie bilatérale. - Arch. Mal. App. Dig., juil. - août I958, 47, N° 7 - 8, 9II - 9I8.

MIALARET J., EDELMANN G., BOURGEOIS R. et DAVEZAC J.F. - Orientation du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal d'après l'étude pré-opératoire de l'acidité gastrique. Résultats de l'association vagotomie et antrectomie. - Mém. Acad. Chir., 26 et 9 nov. I960, 86, N° 23 et 27, 759 - 77I (Bibliogr.)

MIKULICZ J. - Zün operativen Behandlur des stenosireuden Magengeschwurs. - Arch. F. Klun Chir. 37, 79, I888.

MOUCHET A., MARQUAND J., GUIVARC'H M. et BERLINSKI - A propos de 135 cas d'hemorragies gastroduodénales massives. - Ann. Chir. I968, 22 - 321.

MOULLE P. - Du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal non compliqué. Press. Med. I969, 77, N° 9, 317 - 320.

PALUMBO L.T. et SHARPE W.S. - Antrectomie distale avec vagotomie pour ulcère duodénal. - Revue de 450 cas. - Arch. Surg., déc. I963, 87, N° 6, I040 - I047, 7 tabl. (Bibliogr.)

PALUMBO L.T., SHARPE W.S., LULU D.J., VESPA R. et COLON-BONET J. - L'antrectomie associée à la vagectomie, ou la gastrectomie partielle associée ou non à la vagectomie, pour ulcère duodénal chronique : analyse comparée. - Ann. Surg., mars I960, I5I, N° 3, 367 - 373.

PALUMBO L.T., SHARPE W.S., LULU D.J., BLOOM M.H. et PORTER H.R. - Les résultats de 300 antrectomies associées à une vagectomie bilatérale pour ulcère duodénal chronique. - Surgery, mars I962, 51, N° 3, 289 - 294, 6 tabl.

PAVLOV J.P. - Le travail des glandes digestives. - PARIS, MASSON I90I, 18I - I82.

PELIKAN, HORCICKA et KOMENDA - Diverses méthodes pour l'exploration de la sécrétion gastrique au cours de l'ulcère du duodénum. - Revue Française de Gastroentérologie, I97I, Vol. 69, 33 - 40.

PELISSIER E.P. - La vagotomie gastrique sélective. - Thèse PARIS I968, 29 - 46.

PERROTIN J. - La vagotomie : opération d'exception dans le traitement de l'ulcère duodénal. - Revue Praticien, I97I, 21, 24, 3605 - 3625.

PIERI G. - La résection sous-diaphragmatique bilatérale des nerfs vagues. - Ann. Ital. Di. Chir., Naples, I932, 11 - 53.

RIGNAULT D. - Complications et séquelles de la chirurgie gastrique. - E M C, 5, I97I, 9029 - A IO.

ROUX M., VAYRE et DEBBASCH. - Le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. Indications et résultats à propos de 392 opérés. - Revue du Praticien, I968, Tome I8, N° 24, 3441 - 3451.

ROUX P. - Chirurgie gastrointestinale. - Rev. Chir. I3, 402, I893.

RYDYGIER L. - Expérience personnelle sur les opérations de l'estomac faites par l'auteur depuis I88I jusqu'à ce jour. - Rev. Chir. 22, 438 - 1900.

SCHUBERT O. - La vagotomie et la résection peu étendue dans le traitement de l'ulcère duodénal. - Acta. Chir. scand., juin I960, II9, N° 2, I78 - 179 (5 tabl.)

SCOTT H.W. Jr. et coll. - Vagotomie et antrectomie dans le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal. - Surg. clin. North Amer., av. I966, 46, N° 2, 349 - 358 (Bibliogr.)

SEDILLOT Charles - Du nerf pneumogastrique et de ses fonctions. - Thèse N° 274, Paris I829.

SMITHWICK R.H., HARROWER H.W. et FARMER D.A. - L'hémigastrectomie et la vagotomie dans le traitement de l'ulcère du duodénum. - Am. J. Surg. mars I96I, IOI, N° 3, 325 - 355, 3 tabl. (Bibliogr.)

THOROUGHMAN J.C., WALKER L.G. Jr. et RAFT D. - Revue de 504 malades avec ulcères gastro-duodénaux traités par hémigastrectomie et vagotomie. - Surg. Gyn. Obst., août I964, II9, N° 2, 257 - 264 (Bibliogr.)

TOMPKIN AMB. - Selectiv vagotomy. - Brit. J. Surg. I969, 56, N° 11 , 841.

TRAN CONG DUC G. - Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal. A propos d'une analyse de cinquante et un cas traités par anastomose gastroduodénale à la Péan et vagotomie. - Thèse, Paris, I969, N° 809, 72 pages.

VON WINIWARTER - Die Partielle magen resection. - Arch. FÜr Klinische chirurgie, I9, 347, 380, I876.

VUILLARD P., VENOUIL J., FISCHER L. et BRACONNOT P. - Généralités sur la chirurgie des ulcères gastroduodénaux. - CMC, I97I, Vol. 47, N° 2, 97 - I03.

WEISS A.G. et ADLOFF M. - Recidive ulcéreuse après vagotomie. - Ann. Chir. I969, 23, N° 23 - 24, 1255 - 1260.

WILHEM - De la gastroentérostomie. - Thèse, Nancy, I893.

WOODWARD E.R., LYON E.S., LANDOR J.H. and DRAGSTEDT L.R. - Gastroentérology 27, 766, 1954.

ZOLLINGER R.M. - Technique de la vagotomie, de l'hémigastrectomie et de l'anastomose Billroth I. - Am. J. Surg., mars 1963, 105, N° 3, 413 - 422, 8 fig.

N°	NOM PROFESSION	AGE	SEXE	ANTECEDENTS	CLINIQUE					Rx	FIBRO
					D	V	HEMO	PERF	AUT		
1	RAI... Charles	75	M	Ulcère connu depuis 7 ans Moeléna	+	+				Ulcère bulbe	
2	SAR... Edmond Tireur de plan	58	M	Gastroentérostomie + X il y a 5 ans pour ulcus bulb. Orchidectomie (phi)			+ M			Sténose bouche anastomotique	
3	BOU... Médi	20	M		+				Vertiges	Niche bulbaire (Tumeur bénigne ?)	
4	YAH... Hachémi Laveur	24	M	Ulcère connu depuis I an 1/2. Trait. médical Echec	+					Niche bulbaire	
5	MAR... Jacques Employé de banque	58	M	Ulcère connu depuis IO ans (Albot)			+ M			Ulcère bulbaire	
6	OAO... Ferhat Manoeuvre	34	M	Ulcère connu depuis 4 mois	+			+			
7	LIS... Andréas Commis	46	M	Douleurs post-prandiales vagues	+			+		Ulcus bulbaire	

DIAGNOSTIC	ACIDITE		INTERVENTION			HOSPIT		SUITES OPERATOIRES		
	INS	HIST	DATE	CONSTATATIONS	TECHNIQUE	ENT	SORT	COMPLIC	RADIO	HISTO
Ulcère duodénal algique résistant au traitement médical			27 2 59	Ulcère face ant. D 2	G F Gastrectomie 2/3 Finsterer	12 2 59	26 3 59			
Sténose anastomotique (ulcus bulbaire)			3 IO 59	Gastroentéro pré-colique. Ulcération près bouche anast.	D G P X Dégastro-gastrectomie 2/3 PEAN	16 9 59	29 IO 59		Bons passages	
Ulcère duodénal probable			15 2 60	Tumeur (?) de la paroi de D 1 (antéro-inf.)	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X	23 I 60	6 3 60		Bons passages	Estomac normal
Ulcère duodénal rebelle au traitement médical	5,IO		12 9 60	Ulcère duodénal	G E X Gastroentérostomie + X	7 9 60	23 9 60		Anastomose fonctionne pas	
Ulcère duodénal hémorragique	2,30	3,05	23 8 62	Ulcère face post. bulbe	G P X Gastrectomie 2/3 PEAN + X	6 8 62	IO 9 62		Stase + Passages corrects	
Ulcère duodénal perforé, aspiré	4,5	2,50	23 11 67	Ulcère juxta pylorique	P X Aspiration. 1/2 gastrectomie PEAN + X	IO 9 67	27 IO 67		Stase + Bons passages	Ulcère duodénal ancien en poussée
* Ulcère duodénal	3,5	3,75	18/8 62 IO/I 63	Ulcus face ant. D 1	Suture P X 1/2 gastrectomie PEAN + X	I8/8 62 7/I 63	9/9 62 26/I 63		Stase + Bons passages	Erosion superficielle

ACIDITE		RESULTATS									REINTERVENTION OU REHOSPITALISATION				AU TOTAL
INS	HIST	RECUL	DOUL	VOM.	HEMO	SELLES	ALIM	POIDS	T.post p	TRAV	DATE	SERV	CAUSE	TECHNIQUE	
											30 7 59	HD +	Hématémèse néo ?	Dégastrogastrectomie Histo : inflammat +++ D G	DCD le 17.8.59
		3 mois				Nal		+	0	+					T. B.
		2 ans													(précision ?) B.
3.3. 62 0	I,55 0 ?										9 IO 6I	+	Douleurs Poids - Diarrhée	Dégastrogastrectomie PEAN D G G	Réhospitalisé encore à 2 reprises pour douleurs Mauvais résultats
0	0	1 an 1/2				Nal	Nl	+	Ballon- nements	?					A. B.
0,4	0,6	3 mois				Nal	4 Rep.	+	0	+					T.B.
0	0	2 ans 1/2					4 à 5 Rep.	Stat.	Sueurs + Malaise	+	I8 8 66	+	Douleurs Abdo. Constipation	Rx estomac : pas ulcère peptique Transit du grêle : RAS	Médiocre

8	DAG... Pierre Chauffeur	49	M	Ulcère connu depuis 2 ans	+			+		Pyo + Niche bulbaire		
9	LAN... Marcel Emballeur	59	M	Douleurs épigastriques depuis 4 mois (aspirine ++) Cirrhose débutante			+ M			Ulcère bulbaire		
10	BAC... Alexandre Ouvrier	41	M	Ulcère connu depuis 20 ans Trait. médical : Echec partiel	+					Ulcère D 2		
11	DOU... René	35	M	Ulcère perforé et suturé il y a 2 ans	+			+		Pyo + 10.8.63 Ulcère post-pylorique sténosant		
12	ANG... Raphaël Maçon	50	M	Ulcère connu depuis 7 ans Trait. médical : Echec	+					Bulbe déformé		
13	VIR... Victor	31	M		+			+		Pus +		
14	HER... Rodolfo	60	M	Ulcus connu depuis 12 ans Hématémèse en 1960			+ H					
15	PIR... Florent Cuisinier	36	M	Gastroentérostomie pour ulcère duodénal en 1965			+ H			Anastomose large Pas d'ulcère Gastrite ++	Gastrite +++	

Ulcère duodénal perforé et suturé	Q 1	2,6	15/6 62 26/I 68	Ulcère face ant. D 1	Suture P X 1/2 gastrectomie PEAN D 2 + X	15/6 62 18/I 68	28/6 62 10/2 68		Stase +++ mais perméable	Ulcère duodénal +
			2 IO 67	Ulcère duodénal perforé bouché dans le pied du P H	P X 1/2 gastrectomie D 2 PEAN + X	22 9 67	18 IO 67		Stase ++ mais anastomose perméable	Ulcère duodénal Hépatite interstitielle
Ulcère D 2 algique	1,5	3,8	15 IO 62	Ulcère deuxième duodénum	G E X Gastroentérostomie + X	2 10 62	17 11 62		Stase +++	
Ulcère perforé et suturé. Nouvelle perforation	2,20	3,90	19 8 63	Ulcère de la face ant. bulbe duodénal	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X (J.L.)	3 8 63	4 9 63		Stase + Passages lents	Ulcère face ant. D 1
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical	(BI 0,54	LE) 0,58	5 8 63	Ulcère face ant. de D 1	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X (J.L.)	31 7 63	29 8 63	Dysphagie	Stase ++	Ulcère D 1
* Ulcère duodénal	3,50	I,75	26/4 63 6/9 63	Ulcère duodénal	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X (J.L.)	26/4 63 27/8 63	21/5 63 8/X 63	Atélectasie lobe inf. droit (anesthés.	Stase + - Passages corrects	Ulcère +
Ulcère duodénal hémorragique	4,96	3,80	9 2 67	Ulcère post-pylorique. Noyau de pancréatite	P X 1/2 gastrectomie PEAN D 2 + X (J.L.)	6 2 67	3 2 67		Passages corrects	
Ulcère peptique + sténose anastomotique hémorragique			IO 3 67	Ulcère sur le versant jéjunal de l'anastomose	P G P X Dégastrogastrectomie PEAN + X (J.L.)	17 2 67	15 3 67		Bons passages	

0	0	3 mois					Nl	++	0	?					T. B. R	
		4 mois					Nl	++	0	+					T. B.	
Après 2 g AP 0	DGG 1,50 X THICAX 0	3 mois						+	Régurgitations		I7 9 63	+	Sténose anastomotique Ulcère peptique	D G G + Reposition cholédoque	* 25.10.63 : Reprise du Dragsted	
0,50	0,51	3 mois						+	0						T. B. R	
0	0	4 mois					Nl	+	0	+					T. B.	
0	0	3 mois						+	Asthénie	+					A. B.	
0	0	3 ans					4 Repas	+	Vagues	Retraite anticipée					B.	
0	0	4 mois					I Repas	-	Mêmes malaises hypoglycémiq.						Hypoglycémie fonctionnelle	

16	CHE... Jacques Plombier	30	M	Ulcère connu depuis 6 ans				+		Pus +	
17	BOU... Hacine Plongeur	29	M					+		Pus + Ulcère bulbaire	
18	ESM... Angelo Etudiant	29	M				+ M			Ulcère bulbaire Niche ++	
19	LIG... Choya	54	F	Lithiase vésiculaire Ulcère familial	+	+				Ulcère bulbe	
20	VER... Philippe	37	H	Ulcère connu depuis I5 ans	+						
21	CAL... Antonio Peintre	27	H					+		Pus + Niche bulbaire	
22	MAS... Rachid	26	H	Ulcère connu depuis 6 mois Trait. médical : Echec	+	+	+ M			Niche bulbaire	
23	GUA... Xavier	33	H	Ulcère connu depuis ?				+		Pus +	

Ulcère perforé et suturé	2,41	2,29	3/12 65 11/1 66	Ulcère face ant. du bulbe	Suture 1/2 gastrectomie PEAN + X P X (J.L.)	2/12 65 7/1 66	14/12 65 26/1 66		Stase + Passages difficiles	
Ulcère duodénal perforé et suturé	3,35	3,35	18/7 65 17/6 66	Ulcère face ant. du bulbe	Suture 1/2 gastrectomie PEAN + X P X (J.L.)	18/7 65 11/6 66	11/8 65 9/7 66			Gastrite
Ulcère duodénal hémorragique	4,I5	2,45	19 7 65	Ulcère de la face ant. du bulbe	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X	29 6 65	11 8 65			Gastrite sub-aigue
Ulcère duodénal hyperalgique			9 6 65	Ulcère duodénal très adhérant au P H	P X Cholécystectomie 1/2 gastrectomie POLYA + X	5 6 65	26 6 65			
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical			2 9 65	Ulcère post-bulbaire	P X 1/2 gastrectomie PEAN D 2 + X (J.L.)	1 9 65	20 9 65		Transit nal	
Ulcère duodénal perforé et aspiré	4,60	3,50	26 IO 67	Ulcère juxta-pylorique	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X	4/4 67 8/6 67	18/4 67 9/6 67		Transit nal	
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical			3 12 65	Ulcère post-bulbaire	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X (J.L.)	29 11 65	20 12 65		Transit nal	
Ulcère duodénal perforé et suturé	1,30	3,70	8/11 65 3/12 65	Ulcère duodénal	Suture 1/2 gastrectomie PEAN + X P X	7 11 65	22 12 65			Ulcère duodénal

		3 mois													Mauvais (dumping)
0	0,20	1 an						=	+ Douleur		I2 9 67		Exploratrice	Polype duodénal	Médiocre
0	0	3 mois					4 Rep.	+	0	+					T. B.
		1 an 1/2					4 Rep.	+	?	+					B. R
	1,80	2 ans 1/2					2 Rep.	+	0	+					T. B. R
0	0	3 mois						+	0	+					T. B.
0	1,40	2 mois					2 Rep.	+	0	?					T. B.
0	0	4 mois					4 Rep.	+	0	+					

24	DUK... Sion	57	M	Nubalgyl ++			+ M			Niche bulbaire + D 2	
25	ARF... Ben Hamed	55	M	Douleurs abdominales				+		Pus + Niche bulbaire	
26	ISR... Isaac Peintre	7I	M	Ulcère connu depuis 15 ans	+	+				Niche bulbaire + Sténose	
27	GIR... Rolland	39	M	Ulcère connu depuis 6 ans Gastrectomie il y a 5 ans Gastroentérostomie il y a 4 ans. Amibiase +	+		+ M			Transit normal	
28	LAH... Boucif	32	M	Ulcère opéré il y a 6 mois Gastroentérostomie + X	+					Ulcère peptique	
29	SAN... Jean Baptiste Retraité	69	M	Lithiase biliaire Artérite	+					Lithiase + ulcère	
30	GAN... Marcel Econome	47	M	Douleurs épigastriques depuis I mois				+		Pneumopéritoine	
31	OUS... Moussa Manoeuvre	28	M	Ulcère connu depuis 3 ans				+		Déformation bulbaire	

Ulcère duodénal hémorragique	I,60		12 11 65	Ulcère BENU supérieur	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X	1 11 65	24 12 65		Transit nal Ulcère post-bulbaire
Ulcère duodénal perforé et aspiré	3,50	2,6	21 4 67	Ulcère duodénal	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X (J.L.)	1 3 67	15 5 67		Transit nal Stase ±	Ulcère ancien cicatrisé
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical + Sténose			27 2 69	Ulcère duodénal D1 rétractant le P.H.	P X 1/2 gastrectomie PEAN D2 + X (J.L.)	20 2 69	15 3 69		Transit nal	
Mauvais fonctionnement anastomose			17 3 69	*	D G P X Dégastrogastrectomie PEAN + X (J.L.)	11 3 69	3 4 69		Transit nal	
Ulcère peptique + vagotomie incomplète	59 mEQ	60 mEQ	17 I 69	Anastomose correcte Pylorotomie :	D G E X Dégastroentérostomie + X (J.L.)	29 12 69	IO 2 69		Transit nal	Ulcère peptique ?
Ulcère duodénal + lithiase V B P			I7 8 67	Volumineux ulcère post-bulbaire perforé bouché dans le pH	P X Cholédocoduodénostomie 1/2 gastrectomie PEAN + X (J.L.)	14 8 67	31 8 67		Stase + Transit nal	Ulcère duodénal
* Ulcère duodénal	3,75	3,50	30/4 67 22/9 67	Ulcère face ant. duodénum	Suture 1/2 gastrectomie PEAN + X (J.L.) P X	29/4 67 21/9 67	13/5 67 7/IO 67		Transit nal	Ulcère ?
Ulcère duodénal perforé et suturé	3,70	3,30	11/8 71 5/11 71	Ulcère face ant. bulbe	Suture P X 1/2 gastrectomie PEAN + X	18/8 71 2/11 71	3/9 71 24/11 71		Stase + - Bons passages	Exulcération

															- 4 tel - R
1,10	2,93	1 an 1/2					4 Rep.	+	0						T. B.
0	2,2														Non suivi
1,82	0,I4	4 mois					4 Rep.	+	0						T. B.
0,58 .	0														Non suivi
14 mEQ		2 mois						+	Ballon.		?	+	Douleurs Poids -	?	Médiocre
		2 mois					4 Rep.	+	0	Retrai té					R T. B.
0	0	2 mois					5 Rep.	+	0						T. B.
0	0	3 mois				N1	N1	+	0						T. B.

32	TEI... Albert Manoeuvre	50	M	Douleurs épigastriques connues depuis 5 ans	+			?		Ulcère bulbaire	
33	DER... Guy	34	M	Ulcère connu depuis 5 ans (I hématémèse)	+		+ H ?			Ulcère centro bulbaire + Gastrite	
34	SAV... Germaine Employée de bureau	58	F	Ulcère connu depuis 20 ans avec hémorragies récidivantes			+ H et M			Niche bulbaire	
35	GOE... Manuel Vendeur	29	M	Douleurs épigastriques depuis plusieurs années	+			+		pno Ulcère bulbaire	
36	TRO... Marguerite	53	F	Ulcère connu depuis 4 ans PCE traitée par corticoïdes			+ H et M			Ulcère duodénal hémorragique	
37	MAR... Louis	21	M	Ulcère connu depuis 5 ans	+	+				Ulcère duodénal	
38	FAY... Emilio Maçon	47	M	Ulcère connu depuis 12 ans Trait. médical	+				Poids -	Niche bulbaire	
39	KNO... Charles	56	M	Ulcère depuis 11 ans				+ 24.3.71			

Ulcère duodénal poussée hyperalgique	4,30	4,70	26 5 71	Ulcère bulbaire postéro-inférieur perforé bouché pancréas	P X 1/2 gastrectomie PEAN D 2 + X	8 5 71	26 6 71		Stase ++ Bons passages	Ulcère sous-duodénal post-volum.
Ulcère duodénal algique et hémorragique	1,60	1,10	I 6 71	Ulcère bulbaire antérieur	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X	24 5 71	25 6 71	Atélectasie base dte Diarrhée + Ballon. Vomissement	Stase ± Passages corrects	Exulcérations
Ulcère duodénal hémorragique			29 9 71	Ulcère face post. du bulbe	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X	27 9 71	16 10 71		Stase ± Passages corrects	Ulcère duodénal
Ulcère perforé et suturé	4,60	3,10	19/6 71 17/9 71	Ulcère face ant. bulbe	Suture P X 1/2 gastrectomie PEAN + X	19/6 71 14/9 71	10/7 71 8/X 71		Stase ±	Gastrite
Ulcère duodénal hémorragique			12 8 71	Ulcère duodénal post. perforé dans le pancréas	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X D 2	10 8 71	18 9 71	PHLEGMTE BLEVE Héparine (21.8.71) Hématémèse au 17e jour (surdosage ?)		Exulcérations
Ulcère duodénal rebelle au traitement médical	Q I	1,3	14 12 71	Ulcère face ant. du bulbe	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X	6 12 71	31 12 71		Stase + Anastomose perméable	Gastrite
Ulcère duodénal rebelle au traitement médical	3,6	1,6	4 11 71	Ulcère face ant. duodénum	P X 1/2 gastrectomie PEAN + X	28 10 71	25 11 71		Stase ± Anastomose nale	Exulcérations + Gastrite
Ulcère duodénal face antérieure	Q I	1,60	25/3 71 27/5 71	1/ Suture (25.3.71) Ulcère face ant. bulbe 2/ 1/2 gastrectomie + X PEAN	1/2 gastrectomie + X P X PEAN	21 5 71	18 6 71		Stase ++	Ulcère

0	0	3 mois					3 Rep.	+	Douleurs modérées						B.
0	0														R Non suivi
0	0	3 mois					N1	Stat.							R T. B.
0	0,90	2 mois				N1	6 Rep.	+	0						T. B.
											I6 IO 7I	+	Vomissements Déshydratation Cachexie t° 40		DCD Vérification GNA DCD
0	0	I mois ½				N1	6 Rep.	Stat.	0						R T. B.
0	0	2				N1		+	Douleurs pp précoces	+					R B.
0	0	4 mois	0	0		N1	4 Rep.	+ I Kg	0	0	0	0	0	0	R T. B.

40	CHA... André	42	M	58. Ulcère perforé 60. X + Gastroentérostomie	+		+ H			Sténose anastomose + Malposition CT	5.5.71. Gastrite hypertro.
41	CHE... AbdelKader	34	M	Ulcère connu depuis I an				+		6.4.70. Niche centro-bulbaire	
42	PER... Pascal	37	M	Ulcère connu depuis 7 ans Traitement médical	+	O	? M			Ulcère niche ++	
43	DUF... Marcel	58	M	Ulcère connu depuis 8 ans				+			
44	CHA... André	51	M	Ulcère connu depuis 5 ans traité +			+ H				
45	BAR... Saïd	41	M	Syndrôme douloureux épigastrique depuis 2 mois Traitement médical partiel	+	+				Niche centro-bulbaire + Stase	
46	LAF... Louis André	63	M	Ulcère connu depuis 3 ans Aspirine pris juste AV ETHYL	+		+ M			Ulcère juxta pylorique	
47	AUG... Francis	18	M		+			+		18.11.70. Stase ++ Bulbe remanié	

Sténose bouche anastomose	3,70	2,3 g	14 5 7I	Pas de trace d'ulcère	Dégastrogastrectomie PEAN + X D G X + Jéjunojéjunostomie	27 4 7I			Stase +	Exulcérations
Ulcère face ant. du bulbe, perforé	3,30	2,51	21/3 70 22/6 70	Suture (ulcère face ant.)	P X ½ Gastrectomie PEAN + Vagotomie	16/6 70	11/7 70	Ballonnement	6.7.70 Stase ±	Sclérose au niveau ulcère
Ulcère duodénal	3,I0	4,I0	13 3 70	Volumineux ulcère duodénal ant. perforé bouché collé à la vésicule	D PX ½ Gastrectomie PEAN D2 + X	4 3 70	13 3 70		29.3.70. Stase + Bons passages	Ulcère bulbaire I cm ½ D
Ulcère face ant. duodénum	1,37	3,51	21/2 70 1/6 70	Ulcère face ant. près du pédicule hépatique Ulcère face ant. duodénum	Suture D ½ Gastrectomie PEAN D 2 + X P X	29/5 70	23/6 70		Stase ±	Exulcérations + fils sur ulcère (suture)
Ulcère face ant. duodénum hémorragique	2,40	4,I0	I5 4 7I	Ulcère D, perforé bouché par le foie	½ Gastrectomie PEAN + X P X	6 4 7I	3 5 7I		Stase 0 Passages excellents	Ulcère creusant ++
Ulcère duodénal en poussée	4,I5	4,50	8 2 7I	Ulcère non constaté Oedème muqueux ++	½ Gastrectomie PEAN + X P X	27 I 7I	5 3 7I		Stase ++ Bons passages	Ulcère profond
Ulcére face ant. sup. duodénum	2,93	3,36	30 4 70	Ulcère face ant. Dl	½ Gastrectomie PEAN + X P X	12 4 70	16 5 70		Stase ++ mais bons passages	
Ulcère perforé sténose ++	16/11 70 3,86	16/11 70 2,97	1/11 70 1/4/ 7I	Ulcère face ant. du duodénum	Suture P X ½ Gastrectomie PEAN + X	1/11 70 6/4/ 7I	20/11 70 24/4 7I		Stase ++ Bons passages	

															- 6 tel - R T. B.
0	0	6 mois	0	0	0	N	2 Rep.	+ 45 Kg	0	+					
0	Refusé par malade	4 mois	0	0	0	N1	2 Rep.	+ 2	Ballon.	+					R B.
24/2 71 0,60	23/12 0	I an	0	0	0	C1	2 Rep.	+	++ Sueurs						Gastrite post-op contrôlée par fibro et Rx cinéma Trait. médical M R
0	I	4 mois	0	0	0	N1	4 Rep.	+	± Gène	+	29/3/ 7I 16/4 7I	+ +	Occlusion sur bride Masse FIG	Section bride Exploratrice Pas de C E	Résultats satisfaisants sur le plan gastrique A. B. R
0	0,60									Retraité					R Non revu Bons résultats immédiats
I,60	I,I0	3 mois	±				régime mal suivi	+	Ballon. modéré	+					R Médiocre (régime mal suivi)
0	0	2 mois ½	0	0	0	N1	4 Rep.	++ 4	0	+					R T. B.
0,20	0,60	6 mois	0	0	0	Diarrhée rare	4 Rep.	+ 4	0						B/

48	LEM... Yves	39	M	Ulcère connu depuis 2 ans	+	+				Bulbe déformé en trèfle	
49	COU... Michel	28	M	Ulcère duodénal connu depuis 5 ans	+	+				Niche bulbaire	
50	XIC... Tahar	36	M	Ulcère probable depuis 5 ans. Hémorragie 2 ans avant	+		+ M			Gastrite ++ Ulcère gastrique ?	
51	BAR... Dominique	51	M	Ulcère connu depuis IO ans				+			
52	CAT... Alfrédo	47	M	Ulcère duodénal connu depuis 7 ans Trait. médical correct	+					Niche bulbaire persistante AP traitement médical	
53	ZAN... Robert	35	M	Ulcère connu depuis 7 ans	+					Niche bulbaire	
54	ATT... Louise	68	F	Pneumopathie + hydrothorax (corticoïdes)			+ M puis H			Caillots ++	Gastrite atrophique
55	GEN... Antoine	31	M	Ulcère duodénal connu Colique néphrétique	+	+				Bulbe mal injecté Sténose +++	

Ulcère duodénal crise hyperalgique	4,65	3,25	5 6 70	Ulcère face ant. du bulbe	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	23 5 70	24 6 70		Passages excellents Stase = 0	
Ulcère duodénal crise hyperalgique	3 g	2,92	IO 9 70	Gros ulcère ant. post. bulbaire à dte du pédicule hépatique et bord inf. duodénum	½ Gastrectomie PEAN D 2 + X pour exclusion P X D	2 9 70	30 9 70		Stase ± Bons passages	
Ulcère duodénal hémorragique	3,70	2,4	24 8 70	Ulcère face ant. et sup. du bulbe	P X Antrectomie + X (en fait ½ P X)	I4 8 70		Foyer pulmonaire	Stase ± Bons passages	
Ulcère face ant. duodénum perforé	2,70	I,60	2/7/ 70 6/11 70	Ulcère face ant. duodénum	Suture ½ Gastrectomie PEAN + X P X	29/6 70 2/11 70	6/8 70 30/11 70	A S P ?	Stase ++ Bons passages	Exulcérations
Ulcère duodénal algique	2,98	2,43	26 IO 7I	Ulcère face ant. bulbe	½ Gastrectomie PEAN + X P X	13 IO 7I	20 II 7I		Stase ++	Ulcère + sclérose
Ulcère duodénal algique	3,20	2,70	I4 I 7I	Ulcère post-bulbaire très adhérent	½ Gastrectomie PEAN + X P X	II I 7I	30 I 7I		Stase ++	Ulcère 0,5 D + inflam.
Ulcère duodénal hémorragique			12 3 7I	Ulcère duodénal post. volumineux Nodule épiploïque	P X D ½ Gastrectomie PEAN D 2 + X + Splénectomie	16 3 7I	27 3 7I DCD			Ulcère ++ Méta épiploïque Origine ?
Ulcère duodénal avec sténose	3,90	2,IO	I6 2 7I	Sténose post-pylorique	½ Gastrectomie PEAN D 2 + X P X D	28 I 7I	8 3 7I	Embolie pulmonaire 3 j AP	Stase + Bons passages	Gastrite

0	0,75	I an				N1	3 Rep.	+	0	+	I4 I 7I	+	E ventration		T. B.
Non faits (aliments)															R Non revu
	0	6 mois		±		N1	3 à 4 Rep.		Résolu-tifs	+					R B/
0	0	I an				N1	4 Rep.	Stable	0	+					R T. B.
0	0	3 mois				N1		+ 9		+					R T. B.
0,60	1,IC	3 mois				N1		+	Renvois pp		21 5 7I	+ (J.L)	Ulcère peptique + Sténose anastomotique	Gastroentérostomie Pancréas normal	Mauvais résultats de gastrectomie AP 5 mois gastro-entérostomie T. B. R
					A R R E T AU	C A	R D I A 3e	Q U E jour							DCD
0	0	3 mois				N1	5 Rep.	+	0	+					R T. B.

56	GER... Jean	35	M	Ulcère duodénal connu depuis 6 ans	+					Niche bulbaire	
57	DJE... Mohamed	31	M	Ulcère gastrique ou duodénal connu depuis 2 ans	+	+				Ulcère bulbaire + Ulcère gastrique?	
58	MIJ... Svelotik	48	M	Balle thorax gauche transplanté	+	+				Niche bulbaire	
59	CLA... Dianilio	48	M	Ulcère duodénal découvert il y a 2 mois (pour douleurs)	+		+ M			Niche bulbaire	
60	SEG... Raymond	36	M	Ulcère perforé il y a I an (Suture à Foch)	+					Gastrite + bulbe oedématié	
6I	NOI... Denise	44	F	Douleurs épigastriques depuis I2 ans, périodiques			+ H M			Ulcère bulbaire ancien	
62	BOU... Mohamed	40	M	Douleurs épigastriques depuis 4 ans	+			+		Niche post-pylorique 21.9.69	
63	DES... Jean	39	M	Ulcère duodénal connu depuis 10 ans	+			+			

Ulcère duodénal (échec trait. médical) algique	2	1,52	9 7 69	Ulcère duodénal face ant. perforé bouché par le foie	Antrectomie PEAN P X + X	3 7 69	24 7 69		Stase = 0 Bons passages Gastrite ±	Ulcère
Ulcère duodénal hyperalgique	4,62	3,74	4 I 7I	Ulcère bord sup. du bulbe	½ Gastrectomie PEAN + X P X	27 12 70	2 2 7I	Atélectasie lobe pulm. inf. Dt	Stase ++ Bons passages	Exulcérations + Fibrose
Ulcère duodénal algique en poussée	3,33	0,77	17 7 69	Ulcère face ant. duodénum	Antrectomie + X P X	4 7 69	8 8 69		Stase ++ Bons passages	
Ulcère duodénal hémorragique	2,24	2,94	28 II 69	Ulcère duodénal postérieur	½ Gastrectomie PEAN + X PX	18 II 69	29 I2 69		Stase + Bons passages	Ulcère ++
Ulcère duodénal déjà opéré en poussée algique	3,I2	3,14	14 IO 69	Ulcère duodénal face ant.	½ Gastrectomie PEAN + X P X	5 IO 69	26 II 69		Stase +++	Exulcérations + Réaction inflammatoire
Ulcère duodénal hémorragique	3,24		7 IO 69	Ulcère post-pylorique	Antrectomie PEAN + X P X	24 9 69	25 IO 69		Stase ± Bons passages	Exulcérations
Ulcère duodénal perforé	Q I	3,66	3 11 69	Ulcère bord sup. duodénum perforé bouché par le foie	½ Gastrectomie PEAN + X P X	6 IO 69	23 II 69		Stase + Bons passages	Ulcère duodénal ++ Sclérose ++
Ulcère face post. bulbe perforé	3,36	2,24	30/II 70 26/2 7I	Ulcère perforé Ulcère postéro-sup.	Suture D P X ½ Gastrectomie PEAN D 2 + X	29/II 70 22/2 7I	21/12 70 18/3 7I		Stase ++ Bons passages	

0	0	2 mois ½				Nl	Nle	Stat.	0	+					R B.
0	2,30	4 mois				Nl		+ 4	Eructations	+					R B.
0	0	6 mois	0	0	0	Nl	5 Rep.	+	Pyrosis Discret						B.
0	0	4 mois	+ 3 H. AP Rep.			Nl		+ (+ I Kg)							A. B.
0	0	3 mois		+++			Diététique bien suivi	-	Douleurs p p	-					Mauvais
I,90		1 an				Nl	Régime poursuivi	+	0						R T. B.
0	0														Non revu
0	1,30	IO mois				Nl	4 Rep.	Stat.	0	+					T. B.

64	MIM... Marcellin	31	M	Douleurs épigastriques Ulcère connu depuis 4 ans Traité pour L M C			+ M				
65	GAL... Marguerite	73	F	Douleurs épigastriques ulcéreuses depuis 12 ans Rx : ulcère bulbaire	+		+ M			Niche bulbaire	
66	ROD... Manuel	35	M	Ulcère connu depuis 2 ans Trait. médical correct	+					Niche centro-bulbaire	
67	JEG... Henri	46	M	Ulcère duodénal perforé il y a 15 ans Polya il y a 7 ans	+				Amaigri	Gastrite +++	Gastrite hypertrophique +
68	MIL... Albertine	6I	F	Ulcère connu depuis IO ans (moeléna) Aspirine récent Halsteadt il y a 11 ans	+	+				Bulbe déformé	
69	TRE... Louis	62	M	Douleurs épigastriques depuis 20 ans		+	+ M			Ulcère bulbaire + Sténose	
70	ADD... Alain	24	M	Ulcère duodénal connu depuis 6 mois. Ulcère familial Trait. médical : Echec	+					Ulcère duodénal + Stase ±	
7I	MOR... Antonio	34	M	Ulcère connu depuis I an Trait. médical : Echec	+					Niche bulbaire	

Ulcère duodénal hémorragique	2,64	0,35 ?	2 I 70	Ulcère face ant. duodénum	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	I2 I2 69	21 1 70		Stase ++ Bons passages	Ulcère non retrouvé
Ulcère duodénal hémorragique	2,88	3,63	28 12 70	Foie macronodulaire Ulcère volumineux Dl bord sup. Pancréatite céphalique++ Exérèse impossible (J.L.)	P X D Gastrectomie 2/3 PEAN D 2 + X (exclusion)	28 11 70	25 1 7I	Foyer pulmonaire +++	Stase = O Bons passages	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal algique	4,07	4,09	I0 12 70	Ulcère face ant. bulbe	½ Gastrectomie PEAN + X P X	I 12 70	12 1 7I		Stase + Passages corrects	Ulcère bulbe face ant.
Gastrite et stomite post-gastrectomie Polya	0	0,57 ?	11 12 70	Gastrite post-gastrectomie Polya Pancréas normal	Dégastrogastrectomie PEAN + X P X + Splénectomie	2 12 70	15 I 7I		Anastomose correcte	Gastrite Pas d'ulcère
Sténose ulcéreuse Ulcère duodénal	Q I	3,22	27 II 70	Ulcère post-bulbaire postéro-sup. Infilt. : P H pancréatite céphal.	D ½ Gastrectomie PEAN D 2 + X P X	21 II 70	12 12 70		Stase ± Bons passages	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal hémorragique	4,55		12 I 7I	Ulcère bulbaire post. perforé bouché dans le pancréas	½ Gastrectomie PEAN D 2 + X D P X	28 11 70	11 2 7I		Stase + Bons passages	Ulcère I cm + Inflam.
Ulcère duodénal algique	3,58	I,98	30 12 69	Ulcère face ant. bulbe	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	21 12 69	17 1 70		Bons passages	Exulcérations simples
Ulcère duodénal algique		3,25	21 11 68	Ulcère face ant. bulbe	P X ½ Gastrectomie + X	14 11 68	7 12 68			Inflam.

0	0	11 mois				N1	3 Rep.	+	0	Affect hémato en tt.					T. B.
0															Non revu Passage en pneumo DCD
0	0	7 mois					N1	+	Ballon. pp	+ Trait. Médical					R B.
0	0	3 mois	++								3 4 7I	+	E.G. -- V B P ++ Scintig. hépatiq Lacunes		DCD 19.4.71 Vérifications K tête pancréas + méta multiples
0		3 mois	0	0	0	N1	N1	+	0						T. B.
0	I ℰ	9 mois	0	0	0	N1	5 à 6 Rep.	+	0						R T. B.
0	1,50	4 mois				N1	N1	+	0						R T. B.
															Non suivi

72	MAR... Pédro	30	M	Douleurs épigastriques vagues	+				Poids -	Ulcère bulbaire	
73	JAC... Alice	63	F	Ulcère connu depuis I8 ans H T A Trait. médical correct	+					Bulbe déformé Antrite +++	
74	TAI... Simon	34	M	Ulcère connu depuis 8 ans Traitement médical ??	+		+ M ?			Volumineux ulcère bulbaire	
75	TOF... Marcel Maçon	57	M	Douleurs épigastriques depuis IO ans Traité par (ALBOT)	+					Ulcère post-bulbaire	
76	WEN... Tchenc Tchic	55	M	Ulcère connu depuis 6 ans traitement médical				+			
77	ORO... Blaise Tourneur	60	M	Ulcère connu depuis I an Traitement médical : echec Diabète	+					Ulcère bulbaire	
78	TAH... Mohamed Peintre	38	M	Hématémèse il y a IO ans (ulcère)			+ H			Ulcère post-pylorique	
79	MAI... Lucien	55	M	Ulcère duodénal connu depuis 15 ans			+ H			Bulbe déformé + sténose	

Ulcère duodénal (pas d'essai de trait. médical	3,73	3,55	20 2 63	Ulcère duodénal	G E X Gastroentérostomie + X	12 2 63	19 3 63		Bons passages	
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical	3,45	3,80	17 I 63	Ulcère de la face antérieure de D 1	P X ½ Gastrectomie PEAN + X (J.L.)	11 1 63	13 2 63	Phlébite droite. Plaie art. humérale D. (dénudation)	Bons passages	Inflam. muqueux
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical	Bile I	[illegible] I	5 IO 62	Ulcère du bulbe	G E X Gastroentérostomie + X	24 9 62	22 10 62			Pas d'ulcus peptique
Ulcère duodénal algique rebelle au trait. médical	4,2	3,30	4 6 64	Ulcère post-bulbaire sténosant	P X ½ Gastrectomie PEAN + X (J.L.)	27 5 64	18 6 64		Stase ++ Passages corrects	
Ulcère duodénal perforé et aspiré	2,80	3,60	I7 4 64	Ulcère post-pylorique	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	8 4 64	5 5 64		Bons passages	Ulcère typique
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical	1,65	3,56	20 2 64	Ulcère post-pylorique	P X ½ Gastrectomie PEAN + X (J.L.)	15 2 64	12 3 64		Stase ++ Passages lents	Ulcère typique + Inflam.
	4,26	4,09	24 I 64	Ulcère sténosant bulbaire	P X ½ Gastrectomie PEAN + X (J.L.)	11 1 64	30 1 64	Diarrhée++++ Collapsus DCD		Ulcère typique fond nécrosé
Ulcère duodénal hémorragique	I08 mEQ	I06 mEQ	18 2 69	Ulcère face antéro-sup. du bulbe	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	8 2 69	15 3 69			

Impossible STASE		2 ans ½	++	++				- -		+	23 9 65	+	Douleurs Vomissements Amaigrissement Dysfonctionnement	D G G PEAN Histo : ulcère peptique	3 mois après T. B. (de la 2eme)
0	0	3 mois						+							T. B.
8.12.62 2	3										28 IO 62	+	Hématémèse ? Stase +++ (Rx) Diarrhée +++	D.G.G. 22.11.62 PEAN Dragsteadt thoracique 19.12.62 INS = 0 HIST = 0	B. (Après 3e interv.)
0	0	I an					2 Rep.	+		+					T. B.
0,62 débris alim.	0,83	6 mois	+				?	-	Douleurs p p	?					Médiocre
0	0,60	3 mois					4 Rep.	=	Douleurs p p	?					R A. B.
															DCD Accident Dragstedt
	0	4 mois				?									R Non suivi

80	MAL... André Peintre	57	M	Ulcère (?) connu depuis I8 ans. Pas de trait. médical Aspirine récente			+ M				
8I	ROU... Raoul Retraité	70	M	Hémiplégie droite depuis 2 ans			+ H			Ulcère post-bulbaire + Sténose	
82	GOD... Robert		M	2 épisodes perforatifs dûs à un ulcèreduodénal	+				Tuméfaction épigastrique	Ulcère duodénal	
83	ZIM... Marie Couturière	32	F	Ulcère connu depuis 7 ans	+					Niche bulbaire	
84	MOU... Ali	33	M	Ulcère évoluant depuis 3 mois				+		pno	
85	BAG... Chérif	37	M	Ulcère connu depuis 6 mois Trait. médical correct Adénopathie phi				+		Niche bulbaire	
86	RET... Alain Plombier	5I	M	Douleurs épigastriques depuis IO ans			+ M			Niche bulbaire	
87	STE... Alain Secrétaire	34	M	Douleurs épigastriques depuis II ans	+					Sténose D 2	

Ulcère duodénal hémorragique			14 4 69	Ulcère post-pylorique antérieur	P X ½ Gastrectomie PEAN + X (Célerier)	IO 4 69	2 5 69		
Ulcère duodénal hémorragique	60 mEQ	124 mEQ	7 3 69	Ulcère bulbaire	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	19 2 69	22 3 69	Stase ± Transit normal	Ulcère face post. bulbe
Ulcère duodénal perforé et aspiré (?)			3 4 69	Ulcère duodénal face ant. D 1	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	27 3 69	I9 4 69		Ulcère post-pylorique
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical			17 I 66	Ulcère post-pylorique	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	14 I 66	5 2 66	Stase ++	Ulcération superficielle
Ulcère duodénal perforé et suturé	2,70	I,85	IO/II 65 9/12 65	Ulcère face ant. D 1	Suture P X ½ Gastrectomie PEAN + X	9 II 65	I I 66	Ulcère ancien	
Ulcère duodénal perforé et suturé	3,60	4,50	I5/II 63 15/X 64	Ulcère de la face ant. du bulbe sténosant P H ++	P X Suture (J.L.) ½ Gastrectomie + X D 2 exclusion	I5/II 63 7/X 64	3/I2 63 4/II 64	Transit nal	Gastrite
Ulcère duodénal hémorragique	79 mEQ	I09 mEQ	I8 2 66	Ulcère face post. du bulbe	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	5 2 66	9 3 66	Stase + Transit nal	Inflam. ulcéreuse
Ulcère duodénal algique			13 I 66	Volumineus ulcère calleux face post. D 2 perforé dans le pancréas	P X ½ Gastrectomie PEAN Exclusion D 2 + X	12 I 66	5 2 66	Transit nal	

	0	4 mois					4 ups	+	0	-					T.B.
0	76 mEQ	2 mois					+		Ballon. ±						R A. B.
	I,90	3 mois						+	0	+					R T. B.
Refusé	0														Non revu
I,26	I,50	1 an ½						+	0	+					T. B.
0	0	6 mois						+	Douleurs 2 H. après repas	+					A. B.
		7 mois					4 Rep.	=	Malaise hypoglycémique 0,70	+					7 mois Médiocre (Dumping)
		3 mois					4 Rep.	+	Vertige ortho-stat.	?					R A. B.

88	MA... Larbi Ben Moh. Peintre	30	M	Ulcère connu depuis 7 ans Traitement médical correct	+					Niche bulbaire	
89	GEY... Louis Régisseur	58	M	Ulcère connu depuis 20 ans Traitement médical ??	+	+				Niche bulbaire + Sténose	
90	BEN... Sédack	32	M	Ulcère connu depuis I an Trait. médical mal suivi			+ H + M			Niche de face bulbe	
9I	RAD...Prédray Economiste	30	M	Ulcère connu depuis IO ans 3 hématémèses phi pulmonaire en 57	+				Poids -	Ulcère duodénal + Sténose	
92	GRU... Jean Cableur	45	M	Ethyl - Phi Ulcère connu depuis I6 ans Hématémèse (IO)			H +			Niche post- pylorique	
93	SAD... Abdéramane	40	M	Ulcère connu depuis 3 ans Moéléna il y a 2 ans			+ M			Niche bulbaire ?	
94	AND... Jeanine Pianiste	67	F.	Ulcère connu depuis 5 ans			+ M			Ulcère bord sup. duodénum	
95	NOU... Ahmed Caissier	55	M	Douleurs épigastriques depuis I5 ans	+	+				Stase ++	

Ulcère duodénal rebelle au trait. médical			2 6 66	Ulcère post-bulbaire proche du p H	P X (J.L.) ½ Gastrectomie PEAN + X	21 5 66	23 6 66		Transit nal
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical	2,85	2 g	26 8 66	Ulcère face ant. du bulbe perforé	P X (J.L.) ½ Gastrectomie PEAN + X	22 8 66	17 9 66		Stase + Transit nal
Ulcère duodénal hémorragique			20 9 66	Ulcère post-pylorique perforé bouché au bord sup. du pancréas	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	17 9 66	8 IO 66		Transit nal	Ulcère cuodénal
Ulcère duodénal hémorragique			5 9 66	Ulcère post-pylorique perforé dans le pancréas	P X ½ Gastrectomie PEAN D2 + X	3 9 66	23 9 66		Stase ++ Transit nal
Ulcère duodénal hémorragique	2,25	2,IO	28 7 70	Ulcère versant duodénal	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	20 7 70	25 8 70		Stase + Transit nal
Ulcère duodénal hémorragique			7/6 67 I/4 68	Ulcère duodénal	Vagotomie + pyloroplastie ½ Gastrectomie PEAN P X	8/5 67 21/3 68	16/5 67 26/4 68		
Ulcère duodénal hémorragique			29 IO 64	Ulcère duodénal	P X ½ Gastrectomie PEAN + X (J.L.)	27 IO 64	I6 II 64		Stase + Passages corrects
Ulcère duodénal en sténose	I,87	3,50	8 5 64	Ulcère duodénal sténosant perforé bouché dans le pancréas	P X ½ Gastrectomie PEAN D 2 + X (J.L.)	30 4 64	25 5 64		Stase + Bons passages

0	0	2 ans						+	0	+						T. B.
0	0	4 mois					4 Rep.	+	0	?						T. B. DCD 1972
0	0	15 mois					2 Rep.	=		Brulures modérées	+					R B
0	0															Non suivi
0	0	4 mois					4	+	0	+	28 8 71	+			Problème diététique	R B
0,9	0,9	15 mois					?	=	Vagues Douleurs	+						B
		7 mois					3 Rep.	+	Ballon. discrets							R T. B.
1,50	2,70	2 mois						+	0							T. B.

96	HEY... Georgette	63	F	Ulcère connu depuis 20 ans			+ II			Ulcère bulbaire	
97	NIZ... Charles Tailleur	53	M	Ulcère connu depuis 7 ans Trait. médical : effet partiel	+	+			Poids - -	Ulcère + Sténose	
98	RIZ... Antonio Soudeur	45	M	Ulcère connu depuis 3 ans Trait. mal suivi	+					Ulcère D 2 + Sténose	
99	PIE... Eugène Joaillier	56	M	Hématémèse à répétition Gastroentérostomie	+					Ulcère peptique	
100	BUI... Pierre	51	M	Ulcère connu depuis 7 ans (hématémèse) Paludisme	+	+				Bulbe déformé	
101	BEN... Fondil	27	M	Douleurs épigastriques depuis I mois				+		pho Niche bulbaire	
102	BEE... James Etudiant	23	M	Dysenterie amibienne Paludisme Ulcère connu depuis 2 ans (hématémèse) Suture	+	+	+ II			Ulcère bulbe	
103	MIR... Sauveur Electricien	31	M	Ulcère connu depuis 7 ans Traitement sérieux	+					Ulcère bulbaire	

Ulcère duodénal hémorragique	4,10	3,70	21 I 65	Ulcère bulbaire	P X ½ Gastrectomie PEAN D 2 + X (exclusion) (J.L.)	6 I 65	7 2 65		Stase + Bons passages	Congestion + Inflam.
Ulcère duodénal en sténose	2,I	2,90	31 IO 63	Ulcère bulbe adhérant au pH + noyau de pancréatite	P X ½ Gastrectomie PEAN + X (J.L.)	25 IO 63	6 12 63		Stase +++	
Ulcère duodénal en sténose		3,40	24 5 65	Ulcère GENU SUPERIUS	P X ½ Gastrectomie PEAN D 2 + X (J.L.)	18 5 65	21 6 65	Embolie pulmonaire	Bouche perméable	
Ulcère peptique + Sténose ulcéreuse duodénale			7 5 65	Pancréatite chronique Ulcère peptique sur l'anastomose + Ulcère duodénal post. perforé, bouché	D G G F X Dégastrogastrectomie 2/3 + X exclusion (J.L.)	7 4 65	22 5 65		Transit nal	Ulcère perforé
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical + Hémorragie		77 mEQ	29 4 65	Ulcère duodénal	P X ½ Gastrectomie PEAN + X (J.L.)	26 4 65	15 5 65		Stase +	
Ulcère duodénal perforé et suturé			I8/4 65 I9/II 65	Ulcère face ant. du bulbe	Suture P X ½ Gastrectomie PEAN + X (J.L.)	I8/4 65 I7/II 65	4/5 65 I3/I2 65		Passages corrects	
Ulcère duodénal déjà suturé et hémorragique	I,95	I,50	17 6 65	Ulcère face ant. du genu superius	P X ½ Gastrectomie PEAN + X	14 6 65	3 7 65		Passages corrects	Ulcère calleux
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical	2,40	3,75	19 2 65	Ulcère post-bulbaire adhérent ++	P X ½ Gastrectomie PEAN + X (J.L.) (exclusion)	12 2 65	8 3 65		Stase + Bon fonctionnement	

		I an						-	Sueurs +++					Opérée du poumon droit en 1967	A. B. DCD 1967
0	0														R Non suivi
	0,I	2 ans						+	0						R B
0,35	I,46	I mois ½						+	0						T. B.
0	0	5 mois	+					+	+ ?						A. B.
0	0	6 mois						+	0	+					T. B.
	0,I5										II 8 65	+	Douleurs Vomissements	Passages lents (Rx)	Médiocre
0,45	BILE	3 mois					4 Rep.	+	0						T. B.

I04	VER... Albert Maçon	34	M	Ulcère connu depuis 2 ans	+				Poids -	Niche bulbaire	
I05	ARI... Abdelkader Manoeuvre	28	M	Ulcère connu depuis I an	+					Ulcère centro-bulbaire + Sténose	
I06	REY... Benoît	38	M	Ulcère connu depuis IO ans Traitement médical +	+ +					Ulcère duodénal + L V	
I07	ROS... Serge	30	M	Ulcère connu depuis 5 ans Traitement médical +	+ +					Ulcère duodénal	
I08	GUL... Pierrette	37	F	Ulcère connu depuis 2 ans Traitement médical	+ +					niche bulbaire	
I09	TRA... Pierre	44	M	Ulcère connu depuis IO ans Traitement médical	+					niche bulbaire	
II0	GIU...	6I		Ulcère connu depuis 8 ans Traitement médical ++	+		+			Niche bulbaire	
III	RAF... Giovani	36	M	Ulcère connu depuis IO ans Traitement médical	+					Sténose post bulbaire	

Ulcère duodénal rebelle au trait. médical		4 g	25 2 65	Ulcère bulbaire loin du pylore	P X ½ Gastrectomie PEAN D 2 + X (J.L.)	17 2 65	16 3 65		Passages corrects	
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical	2,80	3,70	5 3 65	Ulcère bulbaire calleux et sténosant	P X ½ Gastrectomie PEAN + X (J.L.)	20 2 65	26 3 65		Transit nal	
Ulcère duodénal Trait. médical : Echec + L V			22 3 66	Très scléreux adhérant pédicule hépatique Section dans l'ulcère	½ Gastrectomie PEAN + X D2 + Cholécystectomie	21 3 66	7 4 66		T. B.	Ulcère bulbaire
Ulcère duodénal Trait. médical : 0	2,60	2,50	19 4 66		½ Gastrectomie PEAN + X	I8 4 66	6 5 66		Stase	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical : 0	4,60	4,I0	3 5 66	Ulcère bnal	½ Gastrectomie PEAN + X	2 5 66	19 5 66		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical : 0			26 7 66	Petit ulcère	½ Gastrectomie PEAN + X	25 7 66	12 8 66		Stase	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal hémorragique Trait. médic : 0			15 II 66	Ulcère sténosant bulbaire	½ Gastrectomie PEAN + X	I4 II 66	I 12 66		Stase ++	Ulcère duodénal
:ait. médical : 0			I7 I 67	Ulcère banal	½ Gastrectomie PEAN + X	I6 I 67	3 2 67		T. B.	Ulcère duodénal

	2,80	4 moic					4	+	0	+					T. B.
0	0														Non Revu
		3 ans						N1		N1					T. B. 3 ans
0	0	6 ans						N1	Sueurs Ballon.	non mais phi puln.	I 71		phi pulmonaire bien traitée médicalement		A. B. 6 ans
0	0	3 ans						N1		N1					T. B. 3 ans
		3 ans						N1		N1					T. B. 3 ans
		3 ans						N1		N1					T. B. 3 ans
		2 ans						N1		N1					T. B. 2 ans

112	BOU... Mohamed	40	M	Ulcère connu depuis IO ans Trait. médical moyen	+					Ulcère duodénal	
113	FED... Alexandre	40	M	Ulcère connu depuis 7 ans Trait. médical ++	+					Niche bulbaire	
114	CON... Raymond	30	M	Ulcère connu depuis I an Trait. médical	+					Ulcère duodénal post-bulbaire +	
115	CHE... Joseph	46	M	Ulcère connu depuis IO ans Trait. médical +	+					Ulcère bulbaire + Sténose	
116	MOT... Robert	56	M	Ulcère connu depuis IO ans Trait. médical +	+					Niche ++	
117	ISK... Noelen	34	M	Ulcère connu depuis 4 ans Trait. médical +	+ +					Ulcère bulbaire	
118	LAB... Marcel	39	M	Ulcère duodénal perforé Trait. médical 6 mois Trait. médical mal suivi							
119	BAU... Raymond	56	M	Ulcère connu depuis 15 ans Trait. médical ++	+		++			Ulcère duodénal	

Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,60	4 g	31 I 67		½ Gastrectomie PEAN + X + His	30 I 67	I7 2 67		T. B.	Ulcère duodénal ++
Ulcère duodénal Trait. médic = 0	4,I0	3,80	4 2 67	Ulcère genu superius ++	D_2 Exclusion X + His	3 2 67	I8 2 67		Stase +	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,I0	3,40	6 5 67	Gros ulcère post. bulbaire post. très adhérant	D_2 Exclusion X + His	5 5 67	2I 5 67		Stase	
Ulcère duodénal Trait. médical = 0 Début de sténose			II 7 67		½ Gastrectomie PEAN + X + His	I0 7 67	26 7 67		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0			23 I 68		½ Gastrectomie PEAN + X + His	22 I 68	7 2 68		T. B.	Ulcère post-pylorique
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,40	3,I0	27 4 68	Ulcère post-bulbaire	½ Gastrectomie PEAN + X + His	26 4 68	I0 5 68		T. B.	Ulcère duodénal
			9 2 68	Ulcère duodénal cicatrisé	½ Gastrectomie PEAN + X + His					
Ulcère duodénal hémorragique Trait. médical = 0			I I0 68	Ulcère post-bulbaire très scléreux	Exclusion X + His	26 9 68	I4 I0 68		T. B.	

0	0	4 ans						N1							B. 4 ans radio fibroscopie 1971 T.B.
0	0	4 ans						N1							T. B. 4 ans
0	0	3 ans						N1		N1					T. B. 3 ans
0	0	3 ans						N1	Quelques renvois	N1					T. B. 3 ans
		3 ans						N1		N1					T. B. 3 ans
0	0	3 ans		pp				N1		N1					T. B. 3 ans
3,50	2,80										29 2 68		Epreuves acidité post-opératoire ++	Dragstedt Thoracique ⟶ 0,50	
		2 ans						N1		N1					T. B. 2 ans

120	MAI...	28	M	Ulcère connu depuis 3 ans Trait. médical	+ +				Poids - I5 Kg	Ulcère duodénal	
121	SAL... Antoine	46	M	Ulcère connu depuis 12 ans Trait. médical +	+	+				Ulcère duodénal	
122	BRO... Pierre	45	M	Ulcère connu depuis 14 ans Trait. médical + Ulcère ferforé et suturé I968	+ +					Ulcère duodénal	
123	LIE... Marcel	63	M	Ulcère connu depuis 9 ans Trait. médical +	+					Ulcère duodénal + HERNIE DIAPHRAGMATIQUE	
124	BOU...	34	M	Ulcère connu depuis 3 ans Trait. médical	+					Ulcère duodénal	
125	THI... Jean	36	M	Ulcère connu depuis 10 ans	+		++			Ulcère duodénal + L V	
126	ORT... Maurice	34	M	Ulcère connu depuis 4 ans Traitement médical +	+					Ulcère bulbaire sans sténose	
127	GRO... Juliette	52	F	Ulcère connu depuis I an Trait. médical	+ +					Ulcère bulbaire	

Ulcère duodénal Trait. médical = 0	4,10	3,50	15 II 68	et adhérant pancréas Adénopathie inflam + Section dans ulcère	D_2 X + His	14 II 68	28 II 68		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal sténosant			12 II 68	Ulcère sténosant bulbaire	½ Gastrectomie PEAN + X + His	11 II 68	26 II 68		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal perforé Trait. médical = 0			I9 II 68	Ulcère sténosant très adhérant Section dans ulcère	D_2 + X + His	I8 II 68	7 12 68		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0 +			28 I 69	Ulcère très adhérant sténosant Section dans ulcère	D_2 + X + cure de hernie diaphrag.	26 I 69	13 2 69		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,60	3,40	20 5 69		½ Gastrectomie PEAN + X + His	I9 5 69	I0 6 69		Stase ++	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal + L V			27 I 62	Ulcère très adhérant	Gastrectomie 2/3 PEAN + X + Angle His + Cholécystectomie	26 I 62	14 3 62		T. B.	Ulcère calleux
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,50	3,20	20 I0 62	Ulcère très scléreux	Gastrectomie 2/3 PEAN + X + angle His	I9 I0 62	13 II 62		Stase ++	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,60	2,80	I 12 62	Petit ulcère ant.	Gastrectomie 2/3 PEAN + X + angle His	30 11 62	14 12 62		Petite stase	Ulcère duodénal

0	0	3 ans						N1		N1					T. B. 3 ans
		2 ans						N1		N1					T. B. 2 ans
		2 ans						N1		N1					T. B. 2 ans
		2 ans						N1		N1					T. B. 2 ans
0	0	2 ans						N1		N1					T. B. 2 ans
0	0	6 ans						N1		N1					T. B. 6 ans
0	0	9 ans						N1	Minimes	N1					T. B. 9 ans
0	0	8 ans						N1		N1					T. B. 8 ans

128	LEB... François	35	M	Ulcère connu depuis 6 ans Ulcère perforé et suturé I957 Trait. médical +	+ +					Ulcère bulbaire sténose	
129	GOV... Jacques	56	M	Ulcère connu depuis I0 ans Trait. médical +	+					Ulcère bulbaire	
130	CAR... Michel	23	M	Ulcère connu depuis 2 ans Trait. médical 0	+					Ulcère bulbaire	
131	BEA... André	39	M	Ulcère connu depuis 5 ans Trait. médical +	+ + +					Ulcère bulbaire	
132	CAS... André	60	M	Ulcère connu depuis 3 ans Trait. médical	+		++			Ulcère bulbaire	
133	CHA... André	38	M	Ulcère connu depuis 9 ans Trait. médical +++	+ +	+			Amaigrissement I5 Kg	Ulcère bulbaire Sténose ++	
134	GRA... René	28	M	Ulcère connu depuis 2 ans Trait. médical	+ +					Ulcère bulbaire +	
135	BRU... André	53	M	Ulcère connu depuis 6 ans Trait. médical +	+ +					Ulcère bulbaire	

Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,90	3,60	9 2 63	Gros ulcère duodénal	Gastrectomie 2/3 PEAN + X + Angle His	7 2 62	24 2 62		Petite stase	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	2,90	3,20	16 3 63	Ulcère face ant.	Gastrectomie 2/3 PEAN + X + Angle His	14 3 63	31 3 63	Petite EMBOLIE PULM. 7 jour-	T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	I,80	2,7	21 5 63	Ulcère duodénum	½ Gastrectomie PEAN + X + Angle His P X	20 5 63	5 6 63		Stase	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	4,I0	3,70	7 9 63	Ulcère sténosant bulbaire	½ Gastrectomie PEAN + X + Angle His P X	6 9 63	22 9 63		Petite stase	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal hémorragique + malgré trait. médical			31 12 63	Ulcère très inflam. et cirrhose +	½ Gastrectomie PEAN + X + Angle His P X	30 12 63	14 I 64		Stase +	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal sténosant + malgré trait. médical			I0 3 63	Ulcère très sténosant très inflammatoire	½ Gastrectomie PEAN + X + Angle His P X	8 3 63	22 3 63		Stase +	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,90	3,60	I8 4 64	Ulcère face ant.	½ Gastrectomie PEAN + X + Angle His P X	I7 4 64	4 5 64	Paris EMBOLIE PULM 9 jour-	Stase +++	Ulcère calleux
Ulcère duodénal Trait. médical = 0			26 5 64	Ulcère face ant.	½ Gastrectomie PEAN + X + Angle His P X	25 5 64	6 6 64		Stase ++	Ulcère duodénal

0	0	7 ans						N1		N1						T. B. 7 ans
0	0	8 ans						N1		N1						T. B. 8 ans
0	0	5 ans						N1		N1						T. B. 5 ans
0	0	7 ans						N1	pp Ballon.	N1	6 4 65		Petite éventration			T. B. 7 ans
		2 ans						N1		N1						DCD I966 Bronchopathie chronique
		6 ans						N1		N1						T. B. 6 ans
		6 ans						N1		N1						T. B. 6 ans
		5 ans						N1	Digestions lentes	N1						T. B. 5 ans

136	JAM... Edouard	31	M	Ulcère connu depuis 3 ans Trait. médical	+					Ulcère bulbaire	
137	HER... Odile	50	F	Ulcère connu depuis II ans Trait. médical +	+					Ulcère bulbaire	
138	BRO... René	53	M	Ulcère connu depuis 7 ans Trait. médical	+					Ulcère post. bulbaire	
139	DUP... Charles	30	M	Ulcère connu depuis I an Pas de trait. médical	+					Ulcère bulbaire ++	
140	NAB... Charles	49	M	Ulcère connu depuis 8 ans Trait. médical +	+					Ulcère bulbaire	
141	SIM...	3I	M	Ulcère connu depuis 5 ans Trait. médical +	+					Ulcère bulbaire	
142	JAZ... Fernand	33	M	Ulcère connu depuis IO ans Trait. médical +	+					Ulcère bulbaire	
143	LIE... Simon	42	M	Ulcère connu depuis 8 ans Trait. médical +	+					Ulcère bulbaire	

Ulcère duodénal Trait. médical = 0	4,20	3,60	30 5 64	Ulcère bulbaire	½ Gastrectomie PEAN + X + angle His P X	29 5 64	12 6 64		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,60	3,40	5 12 64	Ulcère sténosant et adhérant + Hernie diaphragmatiq	½ Gastrectomie PEAN + X P X + cure de hernie diaphrag.	4 12 64	16 12 64		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,20	4	23 2 65	Ulcère post-bulbaire sténosant	D_2 Exclusion + X + angle His	22 2 65	7 3 65		T. B.	
Ulcère duodénal Refuse trait. médical			16 3 65	Ulcère post-bulbaire sténosant très adhérant	D_2 Exclusion + X + angle His	15 3 65	29 3 65		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,10	2,90	20 7 65	Ulcère bulbaire très adhérant	½ Gastrectomie PEAN + X + angle His P X	19 7 65	5 8 65		Stase ++	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	4,26	4,82	21 8 65	Ulcère petit	½ Gastrectomie PEAN + X + Angle His P X	20 8 65	6 9 65		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,90	3,70	25 9 65	Ulcère duodénal ++	½ Gastrectomie PEAN + X + Angle His P X	24 9 65	8 10 65		Stase ++	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	2,40	1,80	9 II 65	Ulcère bulbaire	½ Gastrectomie PEAN + X His P X	8 II 65	24 II 65		T. B.	Ulcère duodénal

0	0	7 ans						N1		N1					T. B. 7 ans
0	0	7 ans						N1		N1					T. B. 7 ans
0	0	7 ans						N1		N1	27 IO 70		K Rectum	Amputation abdomino-périnéale	T. B. 7 ans
		?													Perdu de vue ?
		4 ans						Fin I965 + puis -	0	N1 3 ans puis					4 ans après hépatomégalie (cirrhose ++)
0	0	5 ans						N1		N1					T. B. 5 ans
		7 ans						N1		N1					T. B. 7 ans
0	0	5 ans						N1	pp Ballon.	N1					T. B. 5 ans

144	EVR... Gabrielle	29	F	Ulcère connu depuis 7 ans Trait. médical +	+					Ulcère bulbaire	
145	ZAM... Rabah	23	M		+				Poids - -		
146	FAR... Richard Employé de bureau	33	M	Ulcère connu depuis 4 mois Trait. médical correct	+	+				Ulcère bulbaire	
147	GAL... José Maçon	38	M	Ulcère connu depuis 7 ans	+					Niche centrale	
148	GOU... Louis	59	M	Tuberculose pulmonaire Douleurs épigastriques vagues depuis 2 ans			+ H + M			Ulcus bulbaire	
149	LAG... Brahim Maçon	39	M	Douleurs épigastriques depuis 2 ans	+						
150	TOU... René Chauffeur	30	M	Ulcère duodénal connu depuis 3 ans Traitement correct	+				Poids -	Ulcère bulbaire	
151	PAL... Pierre	64	M	Ulcère connu depuis IO ans Trait. incorrect (partiel) Aspirine récente			+ M			Ulcus bulbaire	

Ulcère bulbaire Trait. médical = 0	3,20	2,90	30 II 65	Ulcère bulbaire	½ Gastrectomie + X + His	PEAN P X	29 II 65	I6 12 65		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal algique			27 6 66	Ulcère post-bulbaire scléreux	½ Gastrectomie + X D 2 Exclusion	PEAN P X	21 6 66	16 7 66		Stase + Transit nal	
Ulcère rebelle au trait. médical	2,5	3,5	II 5 67	Ulcère duodénal rétractant Dl et p H	½ Gastrectomie + X D 2 Exclusion	PEAN P X	9 6 67	31 5 67		Stase + Transit nal	
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical	2,I0	2,9	20 6 68	Volumineux ulcère face ant. Dl	½ Gastrectomie + X	PEAN P X	12 6 68			Stase + Transit nal	Ulcère
Ulcère duodénal hémorragique			27 I0 66	Ulcère duodénal perforé bouché dans le pancréas	½ Gastrectomie + X D 2 Exclusion	PEAN	19 I0 66	21 II 66		Transit nal	
Ulcère duodénal algique			9 I0 65	Ulcère bord sup. du bulbe	½ Gastrectomie + X	PEAN P X	2 I0 65	30 I0 65		Stase +++	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical	5,II	5,48	30 12 66	Ulcère duodénal	½ Gastrectomie + X	PEAN P X (J.L.)	27 12 66	19 1 67		Transit correct	
Ulcère duodénal hémorragique			22 2 68	Ulcère duodénal perforé bouché dans le pancréas	½ Gastrectomie + X D 2	PEAN P X (J.L.)	14 2 68	16 3 68		Stase + Transit nal	Ulcère perforé ?

0	0	4 ans						N1		N1					T. B. 4 ans
0	0														Non suivi
0	0	I an					6 Rep.	+	Douleurs ±	?					B.
0	0	4 mois						+							T. B.
0	I,I	I9 mois				Diarrhée ++		+	0	?					A. B. DCD I968
0	1,20										20/X 67 11/2 68	+ +	Ballonnements gène post-prand. Céphalées ? Douleurs ?	Traitement médical Traitement médical	B. 3 ans
0	0	3 mois						+		?					R T. B.
0	0	I9 mois						=	0	+					R T. B. 2 ans

152	MOR... Emile Manutentionnaire	65	M				+ M			Niche bulbaire	
153	GON... Adolphe Controleur	32	M	Ulcère connu depuis 4 ans	+	+			Poids - -	bulbe niche ++	
154	RAS... Jean Paul SNCF	47	M	Ulcère connu depuis 3 ans Trait. médical correct	+					Bulbe déformé	
155	RON... Gaston Vendeur	30	M	Ulcère connu depuis 4 ans	+	+	+ H			Ulcère bulbaire sténosant	
156	WIS... Abraham	67	M	Ulcère connu depuis 39 - 45. Artérite M.I.			+ H			Ulcère bulbaire Diverticule oesophage	
157	BRI... Roger Louis Agent technique	41	M	Ulcère connu depuis 7 ans Tuberculose pulmonaire			+ M			Bulbe déformé	
158	RUY... Maurice	39	M	Ulcère connu depuis IO ans	+						
159	JAN... Jean Retraité	77	M	Occlusion du grêle mars 68 Douleurs épigastriques vagues			+ M			Bulbe déformé	

Ulcère duodénal hémorragique			25 I 68	Ulcère juxta-pylorique perforé bouché dans le p H et pancréas	½ Gastrectomie + X PEAN P X	22 I 68	II 2 68		Stase +++ Transit correct	Ulcère duodénal chronique calleux
Ulcère duodénal hyperalgique rebelle au trait. médical			6 7 67	Ulcère duodénal post-pylorique	½ Gastrectomie + X PEAN P X	30 6 67	24 7 67		Stase ++ Transit correct	
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical	2,65	3,50	25 5 67	Ulcère post-pylorique rétractant D 1	½ Gastrectomie + X PEAN P X (J.L.)	23 5 67	II 6 67		Stase + Transit nal	
Ulcère duodénal hémorragique	4,05	3,65	29 3 68	Ulcère duodénal perforé bouché dans le pancréas	½ Gastrectomie + X PEAN P X (J.L.)	14 3 68	13 4 68		Stase + Transit nal	Ulcère duodénal chronique
Ulcère duodénal hémorragique			20 8 68	Ulcère ancien du bulbe	½ Gastrectomie + X PEAN P X + cure de H.H. (J.L.)	14 8 68	7 9 68		Stase + Transit correct	Ulcération duodénale
Ulcère duodénal hémorragique	2,85	3,10	7 5 68	Ulcère duodénal perforé bouché dans le pied du pH	½ Gastrectomie + X D 2 PEAN P X	20 4 68			Stase + Transit correct	
Ulcère duodénal perforé et suture	4,45	2,20	13/7 6I 19/8 69	Ulcère duodénal	Suture ½ Gastrectomie + X PEAN P X	12/8 6I 13/7 69	6/9 6I 25/7 69		Stase +++ Transit correct	Ulcère à bords infectés
Ulcère duodénal hémorragique	4,3	4,3	7 8 7I	Ulcère duodénal légèrement sténosant	½ Gastrectomie + X PEAN P X	31 8 7I	8 II 7I		Stase +++	Ulcère + Inflam.

0	0	9 mois					4 Rep.	+	0						T. B. R 9 mois
0	0	I5 mois					4 Rep.	+	0						T. B. R
0	0	8 mois				Diarrhée rare		+	0						T. B.
0	0	7 mois					4 Rep.	+	0	+					T. B.
0	34 mEQ														Non suivi
		I6 mois		le matin				+	"petit" dumping	?					Médiocre
0		3 mois						+	0						T. B. R
0		5 mois						+	0						T. B. R

I60	HOC... Mohamed Ouvrier spécialisé	47	M	Ulcère du bulbe depuis 62 X + G Entérostomie en 63			+ H			Sténose médio-gastrique	Masse sur la grande courbure ?
I61	HER... Juan Cuisinier	35	M	Ulcère connu depuis 3 ans Trait. médical correct				+		Bulbe déformé	
I62	BAR... Jeanne	54	F	Ulcère connu depuis 20 ans Trait. médical +++	+	+				Ulcère duodénal	
I63	MEL... Jean		M	Ulcère connu depuis I an Trait. médical	+				Poids - I8 Kg	Ulcère duodénal + L VBP ++	
I64	BLI...	38	M	Ulcère connu depuis I an Trait. médical	+	+				Ulcère duodénal	
I65	PAW... Jean	59	M	Ulcère connu depuis 23 ans Trait. médical ++	+ +					Ulcère duodénal	
I66	TAG... Mohamed	26	M	Ulcère connu depuis 3 ans Traitement médical	+ +	+				Ulcère duodénal	
I67	DEL... Jean	44	M	Ulcère connu depuis 4 ans Trait. médical	+					Ulcère duodénal	

Ulcère duodénal hémorragique déjà opéré	0,50	I	I6 8 7I	Dysfonctionnement GE + Gastrite Ulcère duodénal très sténosant ++	Dégastrogastrectomie PEAN D 2 D G G P	7 8 7I	13 9 7I	↓ PULM- découverte en POST-OP -	Transit nal	Ulcérations superficielles
Ulcère duodénal perforé et suturé	2,45	4,40	15/12 66 2/3/ 67	Ulcère de la face antérieure de D1	P X Suture ½ Gastrectomie PEAN + X (J.L.)	I5/I2 66 27/2 67	3I/I2 66 20/3 67		Stase O Transit nal	Lésions inflam. subaigües
Ulcère duodénal Trait. médical = 0			I8 II 69	ulcère duodenal	½ Gastrectomie PEAN + X + His P X	I7 II 69	I2 I2 69		T. B.	
Ulcère duodénal Trait. médical = 0 L VBP +++			24 6 69	ulcère duodenal Empierrement cholédocien	½ Gastrectomie PEAN + X + His P X + Cholécystectomie + Hépaticoduodénostomie	20 6 69	20 7 69		Stase	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	2,90	3,I0	23 I 70		½ Gastrectomie PEAN + X + His	22 I 70	8 2 70		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0			20 I 70		D2 Exclusion + X + His	I9 I 70	3 2 70		Stase	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,80	3,60	9 6 70		½ Gastrectomie PEAN + X + His	8 6 70	30 6 70		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,90	3,I0	8 9 70	Ulcère perforé bouché dans pancréas. Section dans l'ulcère	+ X + His	7 9 70	22 9 70		T. B.	Ulcère duodénal

		5 mois					++	0						T. B. R
0	0	I4 mois				Diarrhée 4 Rep.		"petit" dumping	+					A. B. R
		2 ans	+			pp Diarrhée		N1						B. 2 ans
		2 ans	+	+				A repris 14 Kg						A. B. 2 ans
0	0	I an						N1		N1				T. B. I an
		2 ans						N1		N1				T. B. 2 ans
		I an						N1		N1				T. B. I an
		I an						N1		N1				T. B. I an

I68	GRI... Paul	25	M	Ulcère connu depuis IO ans Trait. médical	+					Ulcère duodénal	
I69	COL... Albert	58	M	Ulcère connu depuis 12 ans Traitement médical +	+		+			Ulcère duodénal	
I70	BAH... Joaquim	37	M	Ulcère connu depuis 6 ans Trait. médical	+					Ulcère duodénal	
I7I	LOL... Quétarzar	63	M	Douleurs épigastriques depuis I94I Trait. médical	+	+			Poids	Stase ++ Sténose	
I72	MER... Emmanuel Ouvrier spécialisé	58	M	Ulcère connu depuis IO ans Trait. médical correct Hépatomégalie	+		+ H			Ulcus duodénal	
I73	MED... Messaoud Manoeuvre	23	M	Ulcère connu depuis I an Trait. médical correct Lithiase rénale gauche	+	+				Ulcère post- bulbaire + Sténose	
I74	MAR... Pédro Mécanicien	32	M	Ulcère du bulbe G E + X (fév. 63)	+	+			Poids - 4 Kg	Pas d'ulcère peptique	
I75	DRI... Alfred Facteur	34	M	Ulcère du bulbe Gastrectomie 2/3 POLYA 58	+	+				Gastrite +++	Gastrite et

Ulcère duodénal Trait. médical = 0	3,20	3,40	I7 IO 70	Ulcère calleux +++ Section dans l'ulcère	D_2 + X + His P X		I6 IO 70	31 IO 70		Stase	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal hémorragique Trait. médical = 0			12 I 72		½ Gastrectomie PEAN + X + His P X		II I 72	IO 2 72	Pneumo thorax post opératoire		Ulcère duodénal
Ulcère duodénal Trait. médical = 0	4,20	3,80	I 6 7I	Petit ulcère post.	½ Gastrectomie PEAN + X + His P X		30 5 7I	20 6 7I		T. B.	Ulcère duodénal
Ulcère duodénal en sténose			3 II 66	Ulcère duodénal rétractant Dl et sténosant	½ Gastrectomie PEAN + X P X (J.L.)		30 IO 66	22 II 66		Stase + Transit correct	Ulcère perforé duodénal
Ulcère duodénal hémorragique		127 mEQ	16 I2 68	Ulcère post-pylorique	½ Gastrectomie PEAN D 2 + X P X		IO 12 68	3 1 69			indirects d'ulcère
Ulcère duodénal rebelle au trait. médical + Sténose	I04 mEQ	68 mEQ	26 II 68	Bulbe scléreux rétracté sur le pH	½ Gastrectomie PEAN D 2 + X P X Exclusion		I3 II 68	20 12 68		Stase + Transit nal	Ulcère non retrouvé
Dysfonctionnement G E			23 9 65	Ulcère duodénal déjà opéré : transposition (retentissement E G	D G E G PEAN			23 j		Transit correct	
Gastrite ?	0	0	13 2 70	Gastrite	D G G D_2 + X PEAN			32 j	Embolie pulmonaire au 20e j	Transit correct	Gastrite + Inflam. grêle

		I an						N1	petite tr. post-	N1						B I an
		I an						N1		N1						T. B. I an
		6 mois						N1		N1						T. B. 6 mois
0,80	0	I4 mois						+ 7 Kg	0							T. B.
30 mEQ	69 mEQ	4 mois						=	0	+						A. B. R (vagotomie incomplète)
0	0	2 ans						+	0	+						T. B. 2 ans
		I8 mois						+ 5 Kg		+						T. B. I8 mois
0	0	4 mois						+ 5 Kg		?						T. B. 4 mois

I76	KRA... Hachouni Tapissier	32	M	Ulcère du bulbe G E + X (nov. 58)	+	+			Poids - 7 Kg	Gastrite	Gastrite + reflux biliaire
I77	TAI... Simon	34	M	Ulcère du bulbe G E + X (Déc. 63)	+				Poids - 3 Kg Diarrhée	Stase ++	
I78	ROB... Jacques Agent hospitalier	29	M	Ulcère du bulbe G E + X (oct. 63)					Sueurs Malaises post-prand.	Reflux A AFF	
I79	BOU... Dalibia Coupeuse en batterie	20	F	Ulcère du bulbe (ulcère hémorragique) G E + X (13.3.59)	+	+			Poids - -	Duodénum non exclu + Gastrite	Gastrite
I80	GIB... Jean Marie	52	M	Ulcère duodénal hyperalgique Gastroentérostomie (I952)	+	+			Poids --	Ulcère peptique	
I81	REH...Salomon	67	M	Ulcère du bulbe ? Gastroentérostomie (1935) I937 fermeture du pylore	+		+ M		Poids - 4 Kg	G E étroite + Gastrite	
I82	BEL... Mohamed Garde forestier	69	M	Ulcère du bulbe Gastrectomie POLYA 2/3 (I959)	+	+			Poids - 9 Kg	Gastrite + Reflux	
I83	MEC... Ali Monteur chauffage	32	M	Ulcère du bulbe Gastrectomie 2/3 POLYA (avril 64). Dégastrogastrec tomie Finsterer (juil. 65) Vagotomie (déc. 64)	+				Sueurs Poids - 8 Kg	G E étroite Petit estomac Reflux G D	

Gastrite + carence E.G.		N1	I 3 62	Dysfonctionnement Gastrite	D G E G Gastrectomie 2/3 PEAN		I8 j		Transit correct Reflux G.O.	
Dysfonctionnement G. E.	2 g	3 g	22 IO 62	Bouche anast. loin du pylore. étroite	D G E G Gastrectomie 2/3 PEAN + X thoracique 20 j AP		45 j		Transit correct	
Dysfonctionnement Reflux AAFF	O	O	2 7 65	Dilatation AAFF et duodénum	D G E G Gastrectomie 2/3 PEAN		24 j		Transit correct	
Dysfonctionnement + Gastrite	O	O	8 4 60		D G E G Gastrectomie 2/3 PEAN		I6 j		Transit correct	
Ulcère peptique algique			21 2 68	Ulcère peptique sur G E +	D G G P X D G E N T 1/2 G P + X		22 j		Stase ++	
Dysfonctionnement G E	O	O	8 4 60	G E normale (un peu étroite)	D G G P X D G E G 2/3/ PEAN + X		I8 j		Transit correct	Gastrite
Dysfonctionnement Reflux A AFF			I 2 62		D G G P X D G G PEAN + X		22 j		?	
Dumping Reflux G O			I9 II 65	Bouche très étroite Anse AAF non suspendue	D G G P X D G G PEAN + X		32 j		Transit correct	

		12 mois						+ 6 Kg		+ ? -					Médiocre (Reflux G.O. post opératoire)
0	0	2 mois						=	+ - discrets	-					A. B. 2 mois
0	0	3 ans						+ 4 Kg		+					T. B. 3 ans
		I4 mois						+ 6 Kg	?	?					T. B. I4 mois
0	0	2 mois						+ 9 Kg							T. B. 2 mois
															Non suivi
		8 ans						+ 7 Kg	Discrets ballon.	Re- traite					T. B. 8 ans
0	0	4 ans						+ 9 Kg		+					T. B. 4 ans

I84	GIR... Roland Professeur	39	M	Ulcère du bulbe Gastrectomie POLYA (I964) D G G 2/3 anse en Y (I965)	+			Ballon.		Petit estomac	
I85	ARE... Raymond	40	M	46. UP. G. Finsterer 47. 2ème UP. DGG PEAN ? 52. X 58. 3ème UP. DGG POLYA 60. Pancréat. G./62. X Thorax	++	+			- -	Petit estomac Reflux Anse EFF dilatée	
I86	BAR... Alphonse	44	M	Ethyl Ulcère du bulbe G 2/3 Finsterer (I953) 3 hématémèses 63. X incomplète		++			Ballonnem. Poids + -	Petit estomac + Gastrite + Reflux +++	
I87	POU... Roger	49	M	Ulcère duodénal G E			+	+		pneumopéritoine	
I88	LOD...	23	M	Douleurs épigastriques périodiques rythmées depuis 2 ans			+ H			Ulcère duodénal	
I89	DES... Gabriel	50	M	Ulcère duodénal hémorragiq G E (I938)	+	+				Ulcère peptique	
I90	URA... Paul	28	M	Ulcère duodénal G E + X (I960)	+	+	+ H			Reflux A AFF Passages duodénaux Gastrite	
I9I	GOL... Jean Pierre	32	M	Ulcère duodénal G E + X (I958)	+		+ H			Passages duodénaux +++	

Syndrome douloureux (montage en Y)			I7 3 69	Dysfonctionnement	D G G P X D G G PEAN + X		32 j		Transit correct	
Dysfonctionnement Reflux AAFF (7 interventions)	0	0	30 II 62	Anse AFF non suspendue, dilatée + plicature au niveau anastomose	D G G P D G G PEAN		58 j	Phlébite Septicémie staphylo.	Transit correct	
Dysfonctionnement Reflux A AFF			I9 I 67	Stomite + gastrite	D G G P X D G G PEAN + X (post.restant)		I8 j		Transit correct	
Ulcère peptique compliqué (hémo + perf.)			27/6 62 II/8 62 I3/9 62	Ulcère peptique perforé	Suture X thoracique DGGPX DGG PEAN + JJST		63 j		Stase ±	
Ulcère duodénal hémorragique	3,I g	4 g	21 I 72	Ulcère face ant. du bulbe	P X ½ Gastrectomie PEAN + X (B. CHICHE)		9 2 72		Stase + Transit nal	Ulcère duodénal en poussée
Ulcère peptique hyperalgique			I6 9 65	Ulcère duodénal +++ Anses très hautes sur face post. estom. c	D G G P X D G E N T ½ Gastrectomie PEAN + X		23 j		Stase ++ Transit correct	
Ulcère peptique hémorragique			I6/8 65 I9/9 66	A EFF perforé dans A AFF Ulcère peptique duodénal	DGENT G 2/3 PEAN JJST DGGP + X Thorax DGGP X		23 j 33 j		Transit correct	
Ulcère peptique hémorragique			II 70	Vagotomie post. (oublié)	D G E N T ½ Gastrectomie PEAN + X post. DGGPX					Ulcère peptique sur bouche

0	0	2 ans	Pesanteurs discrètes				+ 3 Kg		+					T. B. 2 ans
		5. ans					+ IO Kg (?)		?					T. B. 5 ans
0	0	3 ans					+ 5 Kg		?					T. B. R 3 ans
	0					2 Rep.	+ 4 Kg		+					T. B.
0	0	Récent												
0	I,20					5 Rep.	+ 7 Kg		+ 3 mois					T. B. 3 mois
3/0 0	3,2 0	2 mois					+ IO Kg		?					T. B. 2 mois
														Non revu

I92	DA C... Fernando	48	M	Ulcère duodénal G E + J J au pied de l'anse (I952)			+ H				Ulcère peptique ?	
I93	CAR... Louis	26	M	Ulcère duodénal hémorragi- que G E + X (juin 58)	+					Poids - - Diarrhée +++	Ulcère peptique	
I94	COL... Robert	49	M	Ulcère duodénal algique G 2/3 POLYA (I960)	+						Ulcère peptique	
I95	LEG...	38	M	Ulcère duodénal sténose G E (juin 67) + X	+		+ H				Ulcère peptique	Ulcère peptique ?
I96	ELE... Taïz	29	M	Ulcère post-bulbaire perforé : Suture puis hémorragique G 2/3 FINSTERER (exclusion) 6.3.69 - Fistulette ?	+						Rx cinéma Ulcère peptique	Ulcère peptique ??
I97	DUC... Léon	38	M	Ulcère duodénal hémorragi que G 2/3 PEAN (mai 68)	+	+					Rx cinéma Ulcère peptique	
I98	MOR... Pédro	54	M	Ulcère duodénal hémorragi- G 2/3 FINSTERER (oct. 60)	+						Stomite	
I99	HAD... Ahmed	44	M	Ulcère duodénal G 2/3 FINSTERER (fév. 60)	+	+				Poids - -	Rx cinéma Ulcère peptique	Ulcère peptique ? ?
200	BOU... Jean	47	M	Ulcère duodénal perforé et suturé (I96I) G 2/3 PEAN (66)	+						Ulcère peptique	

Ulcère peptique hémorragique			10 70	bouche G E sur le versant gastrique	D G E N T + Gastrectomie 2/3 PEAN + X		paroi		
Ulcère peptique algique	0	2,50	7 4 60	Ulcère peptique sur la bouche G E	D G G P X D G E N T Gastrectomie 2/2 PEAN	27 j		Petit estomac Granulome méga-duodénum	
Ulcère peptique algique			28 10 70	Ulcère peptique sur bouche G E	D G G P X D G G + X PEAN	18 j		Transit correct	
			2 7 68	Ulcère peptique AJEJ EFF G E petite	D G G P X D G E N T Gastrectomie 2/2 PEAN + X	24 j	Fistule duodénale 8e j (ac. lactique)		
Ulcère peptique algique	2,06	0,85	3 2 70	Ulcère peptique sur A. JEJ EFF	D G G P X D G G P D 2 + X + Exclusion	20 j		Transit nal	
Ulcère peptique algique	1,18	2,18	30 3 62	Ulcère peptique sur bouche PEAN bouché dans le pancréas	D G G P X D G G PEAN + X	24 j	Vomissements	Transit correct	
Ulcère peptique algique		4,10	25 6 62	Ulcère peptique sur A. JEJ. EFF perforé bouché lobe G du foie	D G G P X D G G PEAN + X	21 j	t° 38° : 8e jour	Anastomose étroite	
Ulcère peptique algique + EG - -	3,50	2,30	31 10 63	Ulcère peptique sur A. JEJ. EFF	D G G P X D G G PEAN + X	20 j	Encombrement pulmonaire (3 premiers jours)	Transit correct	
			16 1 68	Ulcère peptique bouche PEAN (versant ant. sup.)	D G G P X D G G PEAN D2 + X	17 j			

0	?	8 ans				- 2 Kg	Sueurs		I3 6 67		Explorâtrice		Mauvais (Dumping) R
0		8 mois				3 Rep.	+ 5 Kg		+				T. B. 8 mois
		2 ans ½				3 Rep.	+ I0 Kg	Ballon.					T. B. R 2 ans 5 mois
0	0	3 mois					+ 6 Kg						T. B. 3 mois
		3 mois			I selle par j. Diarrhée	3 à 4 Rep.	+ 7 Kg						A. B. 3 mois
						5 Rep.	+ 14 Kg		+				T. B. 4 mois
0,70	I g												Non revu (X thoracique refusé par le malade)
0	0	2					+		+				T. B. 2 ans

Vu le Président du Jury

Monsieur le Professeur

L. LEGER

Vu le Président de l'Université de PARIS V

Monsieur le Professeur

F. DELBARRE

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET